
www.kotobarabia.com
علي المكاوي
www.kotobarabia.com
علم الاجتماع الطبي
مدخل نظري

علم الاجتماع الطبيّ

مدخل نظري

دكتور

علي المكاوي

كلية الآداب – جامعة القاهرة

تقديم الأستاذ الدكتور

محمد الجوهري

أستاذ علم الاجتماع ونائب رئيس جامعة القاهرة

بسم الله الرحمن الرحيم

ونزعنا ما في صدورهم من غل تجري من تحتهم الأنهار وقالوا الحمد لله الذي هدانا لهذا وما كنا لنهتدي لولا أن هدانا الله لقد جاءت رسل ربنا بالحق ونودوا أن تلكم الجنة أورثتموها بما كنتم تعملون (الأعراف آية 42).

صدق الله العظيم

إهداء

إلى ابنتي علياء علي المكاوي:

الريحانة التي أشتاق لعبيرها

والواحة التي أتفيأ ظلالها

أُهدي إليها..

ما شغلني عنها

فهرس

إهداء 4
تقديم.. 7
مقدمة عامة للدراسة 16

الباب الأول

التعريف بعلم الاجتماع الطبي.................................. 26

الفصل الأول

نشأة علم الاجتماع الطبي.. 27

الفصل الثاني

جهود العلماء العرب في تأصيل علم الاجتماع الطبي () 92

الفصل الثالث

النسق الطبي الرسمي.. 146

الباب الثاني

موضوع علم الاجتماع الطبي 253

الفصل الرابع

دراسة علم الاجتماع الطبي لتاريخ الخدمة الصحية 254

الفصل الخامس

المستشفى كنسق اجتماعي 321

الفصل السادس

سوسيولوجيا الصحة والخدمة الصحية.................................... 388
المشكلات الأسرية الناجمة عن الرعاية المنزلية للمرضى العقليين والنسبة المئوية للأثر 411

الفصل السابع

اقتصاديات الصحة... 482

الباب الثالث

الأسس المنهجية والنظرية لعلم الاجتماع الطبي.......................... 551

الفصل الثامن

طرق البحث في علم الاجتماع الطبي 552

الفصل التاسع

الأسس النظرية لعلم الاجتماع الطبي.. 597
ثبت بأهم المراجع في علم الاجتماع الطبي 642

تقديم

بقلم الدكتور محمد الجوهري

أستاذ علم الاجتماع ونائب رئيس جامعة القاهرة

هذه دراسة رائدة في علم الاجتماع الطبي، تستحق منـا أن نأخذها بما هي جديرة به من اهتمام واحتفاء. ومع أنهـا تصدر في مطلع عام 1990، إلا أن هذا الفرع القوي من علم الاجتماع، وأعني علم الاجتماع الطبي، قد ظهر للمرة الأولى في أوائل القرن العشرين، وإن كانت قد ظهرت قبـل ذلـك، ومنذ حوالي 1850 محاولات من جانـب بعـض الأطبـاء للاهتمام ببعض النواحي الاجتماعية في ممارسة مهنة الطب وفي تدريس العلوم الطبية. ثم ظهرت بعد ذلك الاهتمامـات بالصحة العامة والطب الوقائي، وما كـان يعـرف بالطـب الاجتماعي.

غير أن علم الاجتماع الطبي قد قفز في سنوات ما بعـد الحرب العالمية الثانية إلى مستوى الاهتمـام الأولـي لـدى المشتغلين بعلم الاجتماع. ويقترح البعض أن نميز بين علـم اجتمـاع دراسـة الطـب Sociology of Medicine،

واستخدام علم الاجتماع في ميدان الطـب Sociology in Medicine. فالأول يهتم بدراسة الطب كنظـام، والفـروع العديدة للنظام الطبي القائم بمناهج وأساليب علم الاجتمـاع. والمتخصص الأول في دراسة مثل هذه الموضـوعات هـو عالم الاجتماع المتخصص وحده.

أما استخدام علم الاجتماع في ميدان الطب فيهتم بدراسـة الظروف والشروط الاجتماعية للصحة والمرض، وخاصـة الشروط المتعلقة بأمراض معينة. وهو بـذلك يمثـل ميـدانًا للاهتمامات المشتركة لعلماء الاجتماع والأطباء على السواء وفي نفس الوقت.

وقد أفاد بالفعل التمييز بين هذين الميدانين المختلفين مـن ميادين الدراسة، ولكن دون أن نتطرف في ذلـك ونحـاول الفصل بينها فصلاً كاملاً، وإنما الهدف أن نتفـق علـى أن هناك بعض الموضوعات التي يستطيع عـالم الاجتمـاع أن يتصدى لدراستها بمفرده، وتلك التي يتعين أن يتعاون فيهـا مع الطبيب المتخصص.

وتبدو العلاقة الوثيقة بين فرعي علم الاجتماع الطبـي هذين بأوضح صورها في ميدان دراسة مستـشفى الـصحة

النفسية، والتي يمكن تطبيقها بنفس الروح في دراسة سـائر أنواع المؤسسات الصحية. ويمكن أن نتبين ذلك عندما نقول: إن التصورات المنتشرة في مجتمـع معـين عـن طبيعـة الأمراض النفسية وأسـبابها؛ تـؤثر علـى أداء المستـشفى المختص بعلاج هذه الأمراض، وعلى وظيفتها وأساليبها في العلاج، وعلى طريقة تنظيمها.. إلخ. وتـؤدي تلـك الآثـار بدورها إلى التأثير على النتيجـة العلاجيـة التـي تقـدمها المستشفى لمرضاها.

ولا شك أن موضوع المتغيرات الاجتماعيـة والثقافيـة للصحة والمرض؛ تُمثل أهم موضوعات الدراسة في ميـدان استخدام علم الاجتماع في الميـدان الطبـي. ويطلـق اسـم الانتشار الاجتماعي للمرض Epidemology على الطريقة التي يستعان بها لدراسة توزيع المـرض تبعـا للمتغيـرات الاجتماعية الثقافية. وأهم الأمراض التـي اهتمـت بحـوث الاجتماع الطبي بدراسة توزيعها وفق المتغيرات الاجتماعية هي: تصلب الشرايين، انسداد الأوعية الدموية فـي القلـب، ارتفاع ضغط الدم، قرحة المعدة وقرحة الاثنا عشر، مرض الـسكر، الـسمنة، العـصاب، والاضـطرابات الوظيفيـة،

والأمراض العقلية، والسل الرئوي، والسرطان. وقد تمكنـت الدراسات من إثبات علاقة بين جميع تلك الأمراض وبعـض العوامل الاجتماعية، يمكن اعتبارها مصاحبة للإصابة بهـا. وليس من الصواب اعتبار تلك العوامل والظروف الاجتماعية مسئولة وحدها عن إصابة الشخص بهذا المرض أو ذاك.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن تعريفات "السوي" "والـشاذ" وكذلك تعريفات "المريض" و"السليم" تلعب فـي مثـل هـذه الدراسات دورا على جانب كبير من الأهمية، لأنها تتوقـف جميعا على بعض المعايير الثقافية التي تحددها، كمـا أنهـا تلعب دورا مهما في التأثير على كثافة الإصابة بهذا المرض أو ذاك.

كما أن هناك عناصر أخرى مؤثرة تتمثل علـى سـبيل المثال في بعض عمليات الفرز ذات الطبيعـة الاجتماعيـة والتي تجعل من شخص معين مريضا طالبا للعلاج أم لا؛ أي تدفعه أو لا تدفعه إلى اللجوء إلى إحدى المؤسسات الطبيـة التماسا للعلاج. ويندرج هذا الموضوع تحت ميـدان أوسـع قليلاً اسمه الدراسة السوسيولوجية للمرض، التي تأخـذ فـي

إلى الفهرس

اعتبارها بعض الظروف العلمية والاقتصادية الفعالـة فـي المجتمع.

ولا يمكن القول إن البحث العلمي في الاجتماع الطبي قد استطاع أن يتوصل إلى معرفة إلى أي مدى يمكـن اعتبـار الظروف الاجتماعية الثقافية أسبابا أصلية، أو أسبابا مساعدة للإصابة ببعض الأمراض. وقد توفرت على سـبيل المثـال معلومات عن العوامل الاجتماعية الثقافية التي تـؤدي إلـى الإصابة بالسمنة (وهي بدورها مرتبطة بطائفة أخـرى مـن الأمراض كأمراض القلـب والأوعيـة الدمويـة والـسكر وغيرها)، والتي تتصل بالعادات الغذائية وعـادات الطعـام، وبالتصورات الثقافية لقيمة الرشاقة والسمنة، وتعريـف كـل منهما، والقيمة الجمالية لكل منها.. إلخ.

لقد أحرز هذا الفرع من فروع علم الاجتماع تقدما كبيـرا وحقق إنجازات باهرة على المستوى العالمي، وما زال يخطو خطواته الأولى في بطء، ولكن بثبات، في حقل علم الاجتماع العربي، ونرجو لتلك الخُطَا الأولى أن تزداد قـوة وسـرعة لكي تسهم في الكشف عن هذا الجانب الحيوي المهـم مـن جوانب حياتنا. خاصة وأن الصحة في مجتمع الرفاهية تصبح

شغلاً شاغلاً لأي إنسان متقدم، يطيل النظر فيها ويكثر التأمل بشأنها، ويعمل فكره فيها كمشكلة قابلة للحل، فلم تعد مجـرد نقمة أو بلوى يتلقاها تلقيا سلبيا وهو مسلوب الإرادة. وكـل ذلك يخلق مساحة واسعة لاهتمام كل من الأطبـاء وعلمـاء الاجتماع بمشكلة الصحة والمرض، خاصة أن ذلك الاهتمام يمكن أن ينجز في مجال الوقاية إنجـازات مهمـة، أكثرهـا راجع إلى التحكم في المتغيرات الاجتماعية والثقافيـة. مـن أجل صحة أفضل للمواطنين.

إلى هذا التيار القوي المثمر، تنتمي هذه الدراسـة التـي يسعدني أن أقدمها اليوم لقارئ العربية، زهرة جديدة يانعـة في حديقة الدراسات الاجتماعية العربية.

وقد أنجز صاحب هذه الدراسة الـدكتور علـي محمـد المكاوي عملاً علميا طبيا فـي دراسـته للماجـستير عـن المعتقدات الشعبية والتغير الاجتماعي. وقد خرج من دراسته تلك بواحدة من نتائجها الهامة التي توضح بكـل جـلاء أن هناك رصيدا اعتقاديا كبيرا بالقطاع المصري يؤدي وظائف عديدة في مواجهة بعض الأمـراض والأوبئـة. وأن هـذه المعتقدات والممارسات الطبية الشعبية والسحرية تلعب دورا

إلى الفهرس

بالغ الأهمية في معاونة الطبيب والخدمة الصحية عموما على نجاح مهمتها أو تعويقها. وقد لاحظ الدكتور علي المكـاوي بحق أن ذلك التراث من المعتقدات لا يقتصر علـى الريـف فحسب، وإنما يمتد ليشمل القطاع البدوي والقطاع الحضري أيضا. وتشترك مختلف العناصر الأخرى للثقافة في أداء هذا الدور، سواء العادات أو الأمثـال أو التـصورات الـشعبية أو القيم. وبالتالي تقف الثقافة التقليدية ككل في موقف مواجهة مع الخدمات الصحية الرسمية.

ثم أدرك الدكتور علي المكاوي بثاقـب بـصره وواسـع خبرته أن فهم الصحة والخدمة الصحية لا يمكن أن يكتمل إلا بإدراجهما في سياق اجتماعي أكبر؛ مما يعني – بالتالي – أن الأبعاد الاجتماعية تؤثر على الخدمة الصحية.

وكان لا بد أن يضم إلى البعدين الثقافي والاجتماعي البعد المهني المتصل بإعداد الطبيب والمشتركين معه فـي تقـديم الخدمة الطبية.

وفي ضوء هذه الاعتبارات الثقافية والاجتماعية والمهنية وعلاقتها بالخدمة الصحية تحدد موضوع هذه الدراسة، التي أعدها صاحبها لكي يحصل بها على درجة الدكتوراه في علم

الاجتماع من كلية الآداب جامعة القاهرة. وقد أنجز الطالب النجيب بحثه الممتاز بكفاءة واقتدار، وحقق عمله دفعة قوية لهذا الفرع المتميز من فروع علم الاجتماع، وفي علم الاجتماع الطبي، في اللغة العربية.

وقد شاركت في مناقشة هذه الرسالة – التي كان لي حظ الإشراف عليها – أستاذة في الطب ورائدة في هذا اللون الجديد من الدراسات، وراعية الاهتمام بميدان طب المجتمع في مصر، من خلال التجربة النموذجية التي تقوم على رعايتها وتنفيذها في كلية الطب، جامعة قناة السويس هي الدكتورة عصمت عزت. وقد حظي ذلك العمل برضائها ورضاء كل أعضاء اللجنة؛ مما جعلها تقرر بإجماع الآراء منح صاحبها درجة الدكتوراه في الاجتماع بمرتبة الشرف الأولى مع التوصية بطبع هذه الرسالة على نفقة الجامعة وتبادلها مع الجامعات الأجنبية. وهذا تقدير ما بعده تقدير لكل مشتغل بالعلم، ونجاح باهر، وتشجيع لصاحبها ليواصل السير على الدرب بنفس الحماس، وبذات الإخلاص، وبمستوى الكفاءة التي تسلح بها في إعداده لهذا العمل.

ولكني أستبيح لنفسي القول بأن الدكتور علي المكـاوي، الذي أعد معي رسالتيه للماجستير والدكتوراه علـى امتـداد اثني عشر عاما، لم يكن طوال حياته الدراسية يتميـز فقـط بالحماس والإخلاص والكفاءة، ولكنه يتمتع قبل هذا، وفـوق هذا، بمستوى رفيع من الخلق القويم والأدب الرفيع، هو الذي يقف وراء كل ما حققه من إنجاز علمي، وسوف يدفعه بإذن ا في مستقبل أيامه إلى مستويات أعلى وأرفع.

وا ولي التوفيق،،

محمد الجوهري

إلى الفهرس

مقدمة عامة للدراسة

موضوع الدراسة:

انتهينا من دراستنا للماجستير إلـى أن هنـاك رصـيدا اعتقاديا كبيرا بالقطاع الريفي المصري، يؤدي وظائف عديدة في مواجهة بعض الأمراض والأوبئة، وأن هذه المعتقـدات والممارسات الطبية الشعبية والـسحرية؛ تلعـب دورا بـالغ الأهمية في معاونة الطبيب والخدمة الصحية عمومـا علـى نجاح مهمتها، أو تثبيطهـا، أو تعويقهـا. والملاحـظ أنهـا لا تقتصر على الريف فحسب، وإنما تمتد لتـشمل القطـاع البدوي والقطاع الحضري أيضا. وتشترك مختلف العناصـر الأخرى للثقافة في هذا الدور، سـواء العـادات أو الأمثـال أو التصورات الشعبية أو القيم. وبالتالي تقف الثقافة التقليدية ككل في موقف مواجهة مع الخدمات الصحية الرسمية.

ومن ناحية أخرى نلاحظ أن فهم الصحة والخدمة الصحية لا يكتمل إلا بإدراجهما في سياق اجتماعي أكبر بما يـضمه من عناصر تؤثر على إدراك الفرد لمدى حاجته للمـساعدة الطبية وقراره بالبحث عنها واستجابته لها. وبالتـالي تـؤثر

الأبعاد الاجتماعية على الخدمات الصحية، لعل أبسط ما فيها أن البحث عن هذه المساعدة يعد جزءا من عملية اجتماعيـة لا يرقى إليها أي فهم طبي مجرد. كذلك لا يخفى علينا دور المتغيرات الاجتماعية في اللجوء إلـى الخدمـة العلاجيـة أو الوقائية، وتحديد الخلفيات الاجتماعية في تنميط المـرض والسلوك المرتبط به، ومغزى الأوضاع الطبقية في مواجهته، ومدى الاستفادة من الخدمات القائمة، علاوة على دور البيئة الاجتماعية والأسرة في اتخاذ القرار الطبي بالتماس الخدمـة عند الحاجة إليها. أضف إلى ذلك أن المؤسسة الصحية التي تقدم الخدمة هي نفسها عبارة عن نـسق اجتمـاعي يحـوي مجموعة من الأدوار وتسوده أنماط معينـة مـن العلاقـات وتحكمه ضوابط ومعايير وبناءات سـلطة وبـه جماعـات ضاغطة، علاوة على علاقات بالمجتمع المحلي، والمجتمـع الأكبر. وفي ضوء هذه الأبعاد الاجتماعية المعقدة يتحدد مدى كفاءة المؤسسة في أداء الخدمة للجمهور.

والواقع أن الطب الحديث قد تعرض لانتقادات واسعة من جانب الصحافة والمحللين الاجتماعيين والجمهـور وحتـى الأطباء أنفسهم. وتمثلت هذه الانتقادات فيما يتصل بالتنـشئة

إلى الفهرس

الطبية لدارسي الطب والسيادة المهنية لهذه الجماعة والتكنولوجيات المستخدمة في الممارسة الطبية وأثرها على الأداء المهني، بالإضافة إلى تأثير البناء الاجتماعي والثقافي على الطب ذاته. وعلى ذلك ظهر الإجماع العام من الأطباء وأصحاب القرار على أن التأهيل الاجتماعي للطبيب ضرورة لا بد منها لتحسين التعامل مع المجتمع والتعرف على حاجاته الصحية ومواجهتها بكفاءة، وبالتالي فإذا أدرك الطبيب صورة الواقع الاجتماعي والخريطة الاجتماعية للمؤسسة الصحية، والقيم والتصورات الاجتماعية لدى الجمهور طالب الخدمة، وجماعات الضغط والمصلحة في المجتمع المحلي... إلخ، وصلنا إلى مستوى كفء في الأداء المهني، ومن زاوية أخرى إذا وقفنا على الوضع الاجتماعي للطبيب ومدى تلاؤم المثال مع الواقع بالنسبة لهذا الوضع؛ أمكن اكتشاف مواطن الخلل في النسق الطبي الرسمي، وعلاجها. ويصدق ذلك على الأطباء، والفنيين، والممرضات والعمل... إلخ.

ومن هنا تجسدت الحاجة الأكاديمية في كليات الطب ومعاهد التمريض إلى تدريس علم الاجتماع والأنثربولوجيا

وتقديم إطار اجتماعي ثقافي يفيد طلاب الطب ويبصرهم بالأداء السليم لدورهم في المجتمع، بعد أن أثبت الواقع الطبي بعض القصور في الخدمات الصحية، ووجود عوائق ثقافية واجتماعية تحول دون الأداء المهني الأفضل، ولذلك بادرت هذه الكليات بإدخال العلوم الاجتماعية والسلوكية ضمن مناهجها الدراسية، وطالبت بإجراء دراسات اجتماعية طبية تفيد دارسي الطب والتمريض، وعقد ندوات حول هذا الموضوع كان أولها في الإسكندرية في عام 1977 وآخرها في عام 1982 بالقاهرة [1] حول "دور العلوم الاجتماعية والسلوكية في بحوث الخدمات الصحية".

وفي ضوء هذه الاعتبارات والجوانب الثقافية والاجتماعية والمهنية وارتباطها بالخدمة الصحية، كان اختيارنا لهذا

---

1) أشرف على هذه الندوة الدكتوران وفيق حسونة، ومحمد الجوهري وقد حضرناها تباعا، فكانت نقطة البداية في اختيار هذا الموضوع الحيوي للدراسة. كذلك قمنا بتدريس مادة علم الاجتماع لطالبات السنتين الأولى والثالثة بالمعهد العالي للتمريض بجامعة القاهرة منذ عام 1983 وحتى الآن؛ مما أتاح لنا الوقوف عن قرب على مدى أهمية هذا الموضوع في مجالي الطب والتمريض.

الموضوع ليكون رسالة علمية نـال بهـا المؤلـف درجـة الدكتوراه في علم الاجتماع الطبي [2]. وهي تُلقـي الـضوء على هذا العلم، كما تُوضح طبيعة تأثير هذه الجوانب علـى الخدمة الصحية على المستوى النظري، والمستوى الواقعي. أما تناول هذا الموضوع على المستوى النظري فهو يحـوي ما تتضمنه صفحات هذا الكتاب. وأما التناول الـواقعي فقـد عرضناه في كتاب سابقًا لنا [3].

أقسام الدراسة:

تقع هذه الدراسة في ثلاثة أبواب، تضم تـسعة فـصول. يحمل الباب الأول منها عنوان "التعريـف بعلـم الاجتمـاع الطبي" ويحوي ثلاثة فصول، يتناول الفصل الأول منها "نشأة

([2]) د. علي المكاوي. الخدمة الصحية في مصر: دراسة للأبعاد المهنية والاجتماعية والثقافية، رسالة دكتوراه (غير منشورة)، جامعة القاهرة، 1986.

([3]) د. علي المكاوي، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الـصحية: دراسة ميدانية في علم الاجتماع الطبي، ط1، دار المعرفة الجامعيـة، الإسكندرية، 1988م.

علم الاجتماع الطبي" وذلك من خلال استقراء التراث العلمي الغربي، وتوضيح البدايات الأولى للنشأة ومجالات الاهتمـام في هذا العلم في مجتمعنا العربي. أما الفصل الثـاني فهـو يدور حول "جهود العلماء العرب في تأصيل علم الاجتمـاع الطبي"؛ حيث يستعرض الإسهامات العلمية الرئيسية للعلمـاء العرب المسلمين في هذا المجال، ومن واقع استقراء التراث العربي؛ مما يؤكد على فضل السبق والريادة العربيـة لهـذا المجال الذي يبدو جديدا بالنسبة لنا. على حين يبرز الفـصل الثالث "النسق الطبي الرسمي" فيشير إلـى قنـوات تخـريج الكوادر الطبية، وإسهامات علم الاجتماع الطبي في دراسـة الأطباء، ويوضح أعـضاء النـسق الطبـي مـن الأطبـاء والصيادلة وأطباء الأسنان ومـشرفات التمـريض Head nurses والممرضات Nurses والفنيين المعـاونين.. إلـخ ودور هؤلاء في الخدمات الصحية.

أما الباب الثاني فهو يعالج "موضوع علم الاجتماع الطبي" من خلال أربعة فصول، يعرض الفصل الأول منها – الرابع – "لدراسة علم الاجتماع الطبي لتاريخ الخدمـة الـصحية"، وهو يلقي الضوء على النظام الصحي في مصر من خـلال

نظرة تاريخية، ويوضح مستويات وعناصر الخدمة الصحية، والتنظيم الإداري لها، ونوعيها الرسـمي والـشعبي. بينمـا يتناول الفصل الخامس "المستشفى كنسق اجتماعي"، ويبـرز لنا مبررات دراسة النسق الاجتماعي والثقـافي للمستـشفى، وأبعاد دراسة هذا النسق وعناصره الأساسية، ثم يلقي الضوء على بعض قضايا الاجتماع الطبي حول المستـشفى. علـى حين يستعرض الفـصل الـسادس "سوسـيولوجيا الـصحة والمرض والخدمة الصحية" ويكـشف النقـاب عـن أهـم المتغيرات الاجتماعية التي تؤثر فـي الـصحة والمـرض كالأسرة والطبقة الاجتماعية والسياق الاجتمـاعي وسـلوك المرض والبيئة الاجتماعية والبناء الاجتماعي، واتخاذ القرار الطبي، وارتباط كل ذلك بالخدمة الصحية. وأخيـرا يتنـاول الفصل السابع "اقتصاديات الصحية"؛ حيث يشير إلى الصحة كعملية استثمارية، وارتباطها بالتنمية الاقتصادية والتفاعـل القائم بينهما، كما يعرض بالتحليـل الاقتـصادي للخـدمات الصحية، وواقع هذه الخدمات بين القطاعين العام والخاص.

على حين يختص الباب الثالث بإبراز "الأسس المنهجيـة والنظرية لعلم الاجتماع الطبي" وذلك من خـلال الفـصلين

الأخيرين الثامن والتاسع. أما الفصل الثامن فإنه يركز على "طرق البحث في علم الاجتماع الطبي"، ويستعرض أهم هذه الطرق التي تستخدم في دراسة الصحة والمرض والخدمة الصحية، وعلاقة كل ذلك بالمجتمع. ويأتي الفصل التاسع ليعالج "الأسس النظرية لعلم الاجتماع الطبي" وبهذا تتكامل صورة علم الاجتماع الطبي موضوعا ومنهجا ونظرية.

كلمة لا بد منها:

إن محتويات هذا الكتاب ليست تكرارا لجهد سبق أن نال به المؤلف درجة الدكتوراه، وإنما هي بالأحرى تطوير لهذا الجهد، وإثراء له. ذلك لأننا لم نقتصر على الإطار النظري الوارد في الرسالة، وإنما أضفنا إليه ثلاثة فصول جديدة وهي الثاني والثامن والتاسع. واعتمدنا على ستة فصول بعد إثرائها وهي الأول والثالث والرابع والخامس والسادس والسابع. وبهذا يتكامل المدخل النظري لعلم الاجتماع الطبي من زواياه المختلفة، بالإضافة إلى تكامل هذا المدخل النظري، مع المدخل التطبيقي الذي تجسده الدراسة الميدانية التي سبق نشرها في عام 1988م.

وأخيرا أرجو أن أكون قد وفقت في إجراء هذه الدراسـة وأفدت من الملاحظات التي أبداها أستاذي الـدكتور محمـد الجوهري نائب رئيس الجامعة، والجهد الذي بذله معي فـي إعدادها. وأنتهز هذه الفرصة لأعرب له عن خالص شكري، وتقديري لأستاذيته وعطائه العلمي الدائم. كما أقـدم جزيـل الشكر لأستاذي الدكتور فاروق العادلي رئيس قسم الاجتماع بجامعة القاهرة على مساعدته لي بالنصح والتوجيـه، علـى الرغم من كثرة أعبائه وضيق وقته. كذلك أعبر عن تقديري وعرفاني لأساتذتي الدكتورة عصمت عزت عميدة كلية طب قناة السويس لما بذلته من وقت – هي وكليتها أحوج إليـه – وما تجشمته من عناء في قـراءة هـذه الدراسـة وتقييمهـا وإثرائها بملاحظاتها الوجيهة، أرجو أن يكون جهدها ووقتها معي في محله، وأن تنال دراسـتنا فـي علـوم الاجتمـاع والأنثروبولوجيا الطبية ثقتها بعد أن حظيت بتشجيعها. كمـا أوجه عظيم عرفاني لأستاذتي الدكتور علياء شـكري علـى تشجيعها لفكرة الدراسة.

كذلك أوجه شكري لأساتذتي وزملائي بقـسم الاجتمـاع، ولكل من عاونني في إنجاز دراستي الميدانية وأخص بالشكر

إلى الفهرس

الأساتذة ميشيل شنودة وإسماعيل الجندي ورجب عابد بالإدارة الاجتماعية بالصف، وخالد سالم بمجلس مدينة الصف وحمدي يوسف بمجلس محلي طهما. وكذلك أشكر كل الأطباء الذين عاونوني في دراستي بالوحدات الصحية بالصف والعياط وخاصة الدكاترة محمود السنباطي ومحمد عبد الحكم وفاروق فريد واسطفانوس زكي وأحمد سعيد. وبالمثل أطباء المستشفيات الحضرية ومنهم الدكاترة محمود فوزي وسمير عنتر وحسن البنا وعلي عزت. كما أوجه خالص الشكر للسيدة سوسن النمر الأخصائية الاجتماعية بمستشفى الرمد بالجيزة. وأشكر كل الإخوة الذين أعانوني في المراجعة وإخراج الدراسة بهذا الشكل، ومنهم الدكتور سمير حسب ا والمهندس السيد المكاوي والمهندس أحمد النجار والأستاذ أحمد العزبي والأستاذ محمد حمروش. وأرجو من كل الذين عاونوني ولم أذكر أسماءهم أن يعتبروا هذا شكرا خاصا لهم.

وما توفيقي إلا با عليه توكلت وإليه أنيب،، الهرم في 1989/8/1م.

دكتور/ علي المكاوي

الباب الأول

التعريف بعلم الاجتماع الطبي

الفصل الأول : نشأة علم الاجتماع الطبي.

الفصل الثاني : جهود العلماء العرب في تأصيل علم الاجتماع الطبي.

الفصل الثالث : النسق الطبي الرسمي.

إلى الفهرس

الفصل الأول

نشأة علم الاجتماع الطبي

مقدمة:

كان ظهور علم الاجتماع الطبي نتيجة طبيعيـة لاهتمـام المشتغلين بالطب بالجوانب الاجتماعية، والثقافيـة للـصحة والمرض والخدمات الصحية. وقد جذب هذا الفرع الجديد – من فروع علم الاجتماع – جمهـورا كبيـرا مـن علمـاء الاجتماع، فتراكمت الدراسات الاجتماعية الطبيـة، وشـملت عديدا من الموضوعات المرتبطة بالصحة والمرض، وقايـة وعلاجا.

والواقع أن هناك أربعة رواد في علم الاجتماع استطاعوا الإسهام المتميز في علم الاجتماع الطبي، وتوظيف المعرفـة السوسيولوجية في فهم الممارسة الطبية والصحة والمـرض، وبالتالي تقديم نتائج علم الاجتماع للمشتغلين بالطب، لتـدعيم فهمهم للمجتمع طالب الخدمة، ولتيسير الأداء المهني. ويأتي بارسونز Parsons على رأس هؤلاء الـرواد؛ حيـث قـدم

تحليلاً سوسيولوجيا لدور المريض، كما قدم روبرت ميرتون R. Merton إسهامات عديدة حول التعليم الطبي والنظريـة الاجتماعية، ثم جاء الرائد الثالـث اليـوت فريدسـون E. Freidson وتبعه دافيد ميكانيك D. Mechanic وما قـدماه من دراسات حول سلوك المرض، وعلاقة الطبيب بالمرض، والأنماط المعيارية التي تحكم هذه العلاقة.. إلخ.

وفي ضوء ذلك يتضمن هذا الفصل العناصر التالية:

أولاً: بدايات علم الاجتماع الطبي.

ثانيا: تعريف علم الاجتماع الطبي.

ثالثًا: مجالات الدراسة في علم الاجتماع الطبي.

رابعا: أهم مفاهيم علم الاجتماع الطبي.

خامسا: مستقبل علم الاجتماع الطبي.

أولاً: بدايات علم الاجتماع الطبي

منذ العقد السابع من هذا القرن، بدأ الاهتمام بعلم الاجتماع الطبي يتزايد، ويتضح كمجال جديد مـن مجـالات بحـوث العلوم السلوكية. ومع ذلك فلا يزال هذا المجال الجديد يتميز بعدد من الاهتمامات والمداخل ووجهات النظر. وقد أصـبح

العالم في السنوات العشر الأخيرة أكثر اختلاقًا عن ذي قبـل، بفعل الحاجة المتزايدة إليه، وزيادة اهتمام المجتمع بمشكلات الرعاية الصحية، وأسلوب أدائها، والـسياسة الـصحية [4]. أضف إلى ذلك أن تقدم المعرفة الطبية، وتكنولوجيا الطـب، وتزايد مسئولية الدولة عن الرعاية الصحية، وتحمل تكاليفها المرتفعة، يثير اهتمام البلدان المتقدمة والمتخلفة على السواء، بكيفية التنظيم الأمثل للقوى البـشرية والمـصادر الـصحية المحدودة في المجتمع.

والواقع أن المصادر الغربية ترجع ظهور علم الاجتمـاع الطبي في كل من أوروبا والولايات المتحدة – كفرع متميـز من فروع علم الاجتماع – إلى الفترة التالية مباشرة للحـرب العالمية الثانية [5]. ولكن جذور هذا العلم الجديد تمتد إلى ما هو أبعد بكثير من الحرب الثانية. وتؤكد نفس المصادر على

([4]) David Mechanic, Medical Social Sociology, (2 ed edition), The Free Press, New York, 1978, p. VII.

([5]) ديريك جيل وأندرو توادل، علم الاجتماع الطبي، ترجمـة جمـال السيد، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، العدد 32، مركز مطبوعـات اليونسكو، القاهرة يوليو 1978، ص 2.

تقرير أدوين شادويك عن الأحوال الصحية للطبقة العاملة في إنجلترا في عام 1842 يعبر عن هذه الحقيقة، علاوة على أن كتابات فيرشو، وسلامون نيومان (حوالي 1848)، تنتمي إلى أدبيات الاجتماع الطبي. كما يدخل كتاب موللر – لاير، علم الاجتماع الخاص بالمعاناة" في عام 1914، مثالاً آخر للتأكيد على القدم النسبي لهذا العلم في التراث الغربي.

غير أن المصادر العربية الإسلامية تحوي إشارات عميقة وعديدة عن علم الاجتماع الطبي عند العرب، ولا سيما عنـد الكُتاب القدامى الذين عاشوا بعد القرن التاسع الميلادي أمثال الأندلسي ابن عبد ربه، وابن قتيبة الدينوري، وإخوان الصفا وابن سينا، والبغدادي، والأزرق إبراهيم بن عبد الرحمن بن أبي بكر [6]. فقد انصب اهتمامهم علـى دراسـة الجوانـب الصحية والوقائية للحياة الاجتماعية، وبينوا أهميتها في حفظ نوع الإنسان وتنظيم حياته اليومية، وتعويده علـى ممارسـة الأنماط السلوكية، والأنشطة الاجتماعية اليومية ذات الطـابع

(6) انظر التفاصيل في الفصل الثاني من هذه الدراسة.

إلى الفهرس

الصحي والوقائي [7]. وهي دراسات ولمحات صدرت فـي زمن يخلو من الأجهزة الحديثة، والمعدات التكنولوجية التـي تساعد الباحث على الاكتشاف، كما لم تكـن توجـد معرفـة علمية تسمى علم الاجتماع، لكي تدفع الكاتب العربـي إلـى تناول هذه الموضوعات ودراستها. وإنما كان هـذا الكاتـب يملك بالأحرى الحس العلمي، والخبرات المتوارثة، والإيمان بالبحث العلمي لخير الإنسان، واقتران التماس العلم وطلبـه بالعبادة وطاعة ا . وبهذا صارت هذه المعرفـة الـصحية والوقائية – فيما بعد – ضوابط لسلوك الأفراد، ومرشدا نحو أنماط وأنساق صحية تعكس النظام الصحي فـي المجتمـع العربي.

والواقع أن المفكرين والكُتاب العرب قد تطرقوا – خـلال القرن التاسع الميلادي وما تلاه – إلى تناول الموضـوعات الرئيسية ذات الصلة الوثيقة بما يسمى الآن " علم الاجتمـاع الطبي". فقد تناولوا **صورة الطبيب الاجتماعية**، ونظام العمل

([7]) د. معن خليل عمر، نحو علـم اجتمـاع عربـي، وزارة الثقافـة والإعلام، سلسلة دراسات. العدد 361، بغـداد، 1984، ص ص 281 – 283.

الطبي بين الأطباء المتخصصين في فروع الطب المختلفـة. فمنهم الأطباء الباطنيون، ومنهم الجراحيـون (الجراحـون)، والأسنانيون (أطباء الأسنان)، والكحاليون (أطباء العيـون)، والمطببون للجنون (أطباء الأعصاب)، والمجبرون (أطبـاء العظام)، والمتخصصون في علاج النساء وغيرهم [8]. ولـم يكن التخصص الطبي قاصرا على الأطبـاء مـن الرجـال فحسب، وإنما امتد لتشارك فيه النساء أيضا؛ حيث مارسـت نساء العرب صناعة الطب والمداواة منـذ فجـر الإسـلام، فكانت "رفيدة الإسلامية" تـداوي الجرحـى وتقـوم علـى المرضى. وفي أواخر الدولة الأموية كانت زينب طبيبة بني أود خبيرة بمداواة العين والجراحـات، وصـناعة الكحالـة والطب. كذلك كانت أخت أبي بكر بن زهر وابنتاها عالمات بمداواة النساء وعلاج أمراضهن [9]. ومن ناحيـة أخـرى، ساهمت النساء في مساعدة الطبيب في عمله. فقـد جـاء أن

([8]) د. محمد كامل حسين وآخرون، الموجز في تاريخ الطب والصيدلة عند العرب، المنظمة العربية للتربية والثقافـة، القـاهرة، د. ت، ص 229.

([9]) نفس المصدر السابق، ص ص 234 – 235.

الزهراوي كان يقف خلف ستار خفيف، ويعطـي إرشـاداته المناسبة للقوابل في الحالات العسرة. هـذا بالإضـافة إلـى براعة نساء العرب في فن التمريض في مختلف العـصور، وإن كانت ممارساتهن تجمع بينه وبين الطب ذاته.

كذلك تضمن التراث العربي الإسلامي لمحات تفـصيلية حول نظام **الصحة الوقائية**، بحيث ينظر الطب العربي إلـى أبدان الأفراد على أنها دائمة التحلل لما فيها مـن الحـرارة الغزيرة من الداخل، وحرارة الهـواء المحيطـة بهـا مـن الخارج. ولذلك حرص على توضيح نسق الأغذية من حيـث أنواعها وشروطها، وكمياتها للجسم الإنساني، وأوقات الأكل والتغذية العلاجية.. إلخ. كما أوضـح الاغتـسال والنظافـة والشراب، والقواعد الصحية المحددة لكل منها.

أضف إلى ذلك أن الإرهاصات العربية الإسلامية في علم الاجتماع الطبي تتجلى أيضا في الاهتمـام **بـصحة جـسم الإنسان العامة**، وتقسيمها حسب مراحل نموه بالتفصيل إلـى المرحلة الجنينية، ومرحلة الطفولة ومرحلـة الـشباب، ثـم

مرحلة الكهولة [10]. وفي كـل مرحلـة يحـدد المفكـرون والأطباء العرب أمثال البغدادي وابن سينا وغيـرهم، نـوع الغذاء المناسب، وحجم الرياضة المطلوب، وطبيعـة الجـو الصحي الملائم، والقواعد الصحية المفروضة، ونمط الحيـاة المتبع، ولم تدع هذه الإرهاصات أيـضا **تـصنيف أمـراض الجسم حسب فصول السنة؛** حيث أوضحت العلاقة الوثيقـة بين كل فصل، وما يسببه من الأمراض؛ ممـا يـدخل الآن تحت مبحث أسباب المرض Aetiology، وعلـم الأوبئـة epidemiology... إلخ.

ففي شهور الربيع تكثر الأورام والدمامل والسعال ووجع المفاصل والربو والسكتة، على حين يساعد فصل الـصيف على ظهور وانتشار أمراض الحميـات والرمـد والجـدري والحصبة. بينما يزداد الجرب والأورام، ولا سيما السرطان، وأمراض الطحال وعسر البول وأمراض الرئة والسعال فـي فصل الخريف. أما فصل الشتاء فتستـشري فيـه النـزلات والزكام وذات الجنب والرئة والصداع المـزمن والـصرع.

([10]) د. معن خليل عمر، مرجع سالف الذكر، ص ص 302 – 304.

إلى الفهرس

ومن هذه وتلك، يتضح لنا أن جذور علم الاجتماع الطبي تمتد إلى بداية العصر الإسلامي الأول، وإن كان ازدهارها واضحا منذ القرن التاسع الميلادي كما ذكرنا.

أما علم الاجتماع الطبي في الولايات المتحدة، فقد راح ينمو بعد الحرب العالمية الثانية. وساهمت المؤسسات الخاصة والوكالات الحكومية في تمويل الأبحاث، وفي ازدهار برامج التدريب، وزيادة عدد المتخصصين فيه. ولذاك ظهرت الكتابات الجادة في هذا المجال الجديد فيما بين عامي 1950 و 1960؛ حيث حدث التحول خلالها من الرؤية الاجتماعية المصغرة، إلى الرؤية الكبيرة، ومن النظرة الجزئية إلى النظرة الكلية. وهذا حتم - آنئذٍ - الأخذ بالأسباب الاجتماعية عند التفسير الفسيولوجي والبيولوجي للمرض [11].

وعلى الرغم من أن مصطلح "الاجتماع الطبي" لم يسبق استخدامه في ألمانيا قبل عام 1955، إلا أن الكتابات السابقة في أعوام 1848 و 1914 تنتمي إلى أدبيات هذا العلم

([11]) Talcott Parsons, The Social System, Amerind Publishing Co., Put. Ltd:, New Delhi, p. 431.

إلى الفهرس

الجديد. ففي هذه الفترة حاول العالم الألماني ألفريد كورتجان المزج بين الصحة الوقائية الاجتماعية – التي تخصص فيها – وبين علمي الاجتماع والاقتصاد. كذلك كـان سيجريـست السويسري يستخدم المدخل الاجتماعي لدراسة تاريخ الطب، أثناء قيامه بالتدريس في ليبزجد. وفـي إنجلتـرا ازدهـرت المسوح الاجتماعية ودراسات الأوبئة الاجتماعيـة بـصفتها عناصر مهمة في الإصلاح الاجتماعي منذ عام 1850 ومـا تلاه [12]؛ ولذلك اهتم علماء الاجتماع في أوربا كلها بطـرق الإصلاح الاجتماعي، بشرط إلا يتداخل مباشرة فـي العمـل السياسي وقتئذ.

وهكذا فإن جذور الاجتماع الطبي تكمن بعيدا في أعمـاق القرن التاسع الميلادي وما تلاه عند العرب المسلمين، ثم بدأ الاهتمام به في أوربا وأمريكا خلال القرن التاسع عشر – أي بعد عشرة قرون – حتى وصل إلى مستوى فائق على مـدى ربع القرن الأخير (1950 – 1975). غير أن ازدهار هـذا العلم قد انحصر في البلدان الصناعية. وبالتالي يمكن القـول

([12]) ديريك جيل وأندرو توادل، مرجع سابق، ص 8.

بأنه لم يجتذب اهتماما كبيرا نحو مشكلات الخدمات الصحية في بلدان العالم الثالث إلا في حدود ضيقة.

والواقع أن إرهاصات الكتابة في علم الاجتماع الطبي في مصر باللغة العربية تبدأ منذ عام 1975 تقريبا؛ حيث نـشر حسين الشاعر كُتيبا في "الطب الاجتمـاعي " [13] وإن كـان المضمون ينصب أساسا على إصـابات وأمـراض العمـل بالصناعة دون إشارة إلى محور اهتمام علم الاجتماع الطبي ولا إلى اتجاهاته النظرية أو المنهجية على الرغم من تـوافر تراث عالمي مكتوب منذ عـام 1950. وفـي عـام 1978 خصصت المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية عـددها الثـاني والثلاثين لموضوع "صحة الأمة" ويتضمن أربعـة مقـالات مترجمة حول "علم الاجتماع الطبـي" و"الـصحة الوطنيـة: أهميتها وإعداد مرافقها"، و"المرضـى ولجـوءهم للرعايـة الصحية"، و"مهنة الطب" [14]. وهي تحاول إبراز البـدايات الأولى لهذا العلم في المجتمعـات الغربيـة وموضـوعات

([13]) حسين الشاعر. الطب الاجتماعي، الهيئة المصرية للكتاب، القاهرة 1975.

([14]) المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، العدد 32، مرجع سالف الذكر.

إلى الفهرس

الدراسة فيه، وتعرض أيضا لـبعض تجـارب المجتمعـات النامية للاستفادة من الخدمات الصحية غير الرسمية.

ومع مطلع عام 1979 افتتحت كلية طب قناة الـسويس، وبدأت الدراسة بها بطريقة فريـدة؛ حيـث ركـزت علـى الجوانب الاجتماعية في الممارسة الطبية، وبـدأت تـستعين بقسم الاجتماع بجامعة القاهرة لإلقاء محاضرات فـي دورة تدريبية للمعيدين والمدرسين المساعدين وغيرهم من الأطباء المعينين بالكلية لتبصرهم بأهم الجوانب الاجتماعية والثقافية المرتبطة بالصحة والمرض والممارسات الطبية. وقد أثمرت هذه الدورة؛ حيث زاد اهتمام كلية الطب نفـسها بالجوانـب الاجتماعية، ونشر الدكتور نبيل صبحي مقالاً في عام 1980 بعنوان "أنثروبولوجي في العنبر" وهو دراسة أوليـة لعنبـر بمستشفى بريطاني [15]. وفي نفس العام قدمت ماجدة حـافظ لجامعة عين شمس رسالتها للماجستير في موضوع ديناميات

([15]) د. نبيل صبحي، أنثروبولوجي في العنبر، الكتاب الـسنوي لعلـم الاجتماع، ع 1 دار المعارف، القاهرة، 1980.

التفاعل الاجتماعي في المؤسسات العلاجية في مـصر" [16]، كأول دراسة جامعية ذات إطار نظري وميداني متكامل، وإن غاب الاتجاه الأيديولوجي بشكل صارخ على كل محتوياتها.

وشهد عام 1981 إسهاما آخر في الأنثروبولوجيا الطبية؛ حيث قدم الدكتور حسن الخولي رسالته للـدكتوراه لجامعـة القاهرة حول الفروق الريفية الحضرية في بعـض عناصـر التراث الشعبي"، ثم نشرت الرسالة في كتاب بعنوان "الريف والمدينة في مجتمعات العالم الثالث" [17] هي العـام التـالي، 1982. وفي هذا العام أيضا نشر الدكتور نبيل صبحي مقالاً حول "الأنثروبولوجيا الطبية وخدمة قضايا الصحة والمرض في مصر" [18]، وهي تأصيل نظري لهذا العلم وموضـوعه ومنهجه ونماذج من الدراسات التي يتضمنها.

([16]) ماجدة حافظ، ديناميات التفاعـل الاجتمـاعي فـي المؤسـسات العلاجية، رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة عين شمس، 1980.

([17]) د. حسن الخولي، الريف والمدينة في مجتمعات العالم الثالث، دار المعارف، القاهرة، 1982م.

([18]) د. نبيل صبحي، الأنثروبولوجيا الطبية، الكتـاب الـسنوي لعلـم الاجتماع، ع 3، دار المعارف، القاهرة، أكتوبر 1982م.

وفي عام 1983 نشر حسين رشوان كتابا فـي المجـال الطبي بعنوان "دور المتغيـرات الاجتماعيـة فـي الطـب والأمراض: دراسة في علم الاجتماع الطبي" [19]. ويناقش فيه موضوع علم الاجتماع الطبي من حيث ماهيته وطبيعـة العلاقة بين المجتمع والطب، والمجتمعات المحلية والـصحة ومدى تأثير النظم الاجتماعية على الأمراض. ثـم يعـرض للتغيير الاجتماعي والطبقات الاجتماعية والـصحة والثقافـة والشخصية والأمراض. والملاحظ أن هذه الدراسة صـادرة عن غير متخصص في علم الاجتماع، وتعرض لموضوعات بالغة العمومية دون تأصيل أو شواهد واقعية مصرية.

ومن هنا بـدأت تتبلـور الاهتمامـات بعلـم الاجتمـاع والأنثروبولوجيا الطبية في الجامعات الأخرى ما بين مقالات ودراسات واقعية لنيل درجة علمية. ففي عـام 1984 قـدم فوزي عبد الرحمن رسالته للماجستير في موضوع "دراسـة أنثروبولوجية للممارسات الطبية الشعبية في الريف المصري"

([19]) حسين رشوان، دور المتغيرات الاجتماعية في الطب والأمراض: دراسة في علم الاجتماع الطبي، للكتاب الجامعي الحديث، الإسـكندرية 1983م.

لكلية بنات عين شمس [20]. وهي دراسـة متعمقـة للطـب الشعبي – في قرية الجفادون ببني سويف – تناولت بالتحليل الأمـراض والمعالجـات الـشعبية والمعـالجين الـشعبيين المحترفين. وفي نفس العام أيضا نشرت الـدكتورة فوزيـة رمضان أيوب بجامعة الأزهر مقالين بمجلة كلية الدراسـات الإنسانية حول "العوامل الاجتماعية المـؤثرة فـي الـصحة والمرض". والأبعاد الاجتماعية لمهنة الطـب" [21]. وهمـا مقالان يعتمدان على مراجع معينة ومحدودة، ويغلب عليهما الترجمة، ولا يشيران إلى واقعنا المصري أو النـامي فـي شيء، وإن كانا يوجهان الأنظار إلى الأهمية الاجتماعية في الممارسة الطبية. كذلك نشر الدكتور محمد علـي وزمـلاؤه بجامعة الإسكندرية كتابا محررا بعنوان "دراسات فـي علـم

([20]) فوزي عبد الرحمن، دراسة أنثروبولوجيـة للممارسـات الطبيـة الشعبية في الريف المصري، رسالة ماجستير (غير منـشورة)، كليـة بنات عين شمس، 1984.

([21]) د. فوزية رمضان، مجلة كلية الدراسات الإنسانية، جامعة الأزهر، ع 2، القاهرة، 1984م.

إلى الفهرس

الاجتماع الطبي "[22]، يـضم ترجمـة لمجموعـة بحـوث ومقالات مختارة حول ميدان هذا العلم ومجـالات الاهتمـام فيه، والمداخل المنهجية والنظريـة والتحليـل الاجتمـاعي للمرض، والتحليل السوسيولوجي للأطباء والمرضى والبناء الاجتماعي للمستشفى الحديث. وهي توضح محور الاهتمـام في العلم الجديد، وكيفية إجراء دراسة فيه.

ومع حلول عام 1985 طورت الدكتورة فوزية رمـضان مقاليها السابقين، ونشرتهما في كتابها المعنون بعلم الاجتماع الطبي [23] وهو لا يخرج كثيرا عن إطار هذين المقالين. ولم يقتصر الأمر على الدراسات المنشورة في علـم الاجتمـاع الطبي، وإنما تعداه إلى دراسات أخرى يعدها الباحثون لنيـل درجات الماجستير والدكتوراه.

ففي عام 1986 قدم المؤلف رسـالته للـدكتوراه حـول "الخدمة الصحية فـي مـصر: دراسـة للأبعـاد المهنيـة

([22]) د. محمد علي محمد وآخرون دراسات في علم الاجتماع الطبـي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1984م.

([23]) د. فوزية رمضان، علم الاجتماع الطبي. مكتبة نهضة الـشرق، القاهرة، 1985م.

والاجتماعية والثقافية" وهي دراسة تؤصل لعلمي الاجتماع والأنثروبولوجيا الطبيين، كما تتضمن جانبا ميدانيا مطبقًا على القطاعات الريفية والبدوية والحضرية بمحافظة الجيزة التي تُمثل مجتمعنا المصري في الغالب.

وفي عام 1987 قدم الدكتور نبيل صبحي دراسة حول "الطب والمجتمع " [(24)] تحوي دراسات نظرية وبحوثًا ميدانية، وتعرض للعلوم الاجتماعية المهتمة بالمجال الطبي كعلم الاجتماع الطبي والأنثروبولوجيا الطبية وعلم النفس الطبي والخدمة الاجتماعية الطبية وغيرها. كما تتناول موضوعات حول الإدمان، وطب الصحراء والثقافة والمرض، وتعكس اهتمام صاحبها الطويل بهذا المجال.

وبحلول عام 1988، نشر مؤلف هذا الكتاب، دراسة له بعنوان "الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية: دراسة ميدانية في علم الاجتماع الطبي" [(25)]. وهي دراسة تضم

([24]) د. نبيل صبحي، الطب والمجتمع: دراسات نظرية وبحوث ميدانية، مكتبة الأنجلو، القاهرة، 1987.

([25]) د. علي المكاوي، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية، مرجع سابق.

فصلاً نظريا واحدا عن علم الاجتماع الطبي، وخمسة فصول ميدانية تعالج الواقع الاجتماعي والثقافي للخدمة الصحية.

وفي بداية عام 1989 قدم كاتب هذه السطور بحثًا حـول علم الاجتماع الطبي في التراث العربي الإسلامي [26]، وهو تأصيل لإسهامات العلماء العرب المسلمين فـي هـذا العلـم وخاصة منذ القرن الثامن الميلادي. ومع نهاية أغسطس من هذا العام يكمل الكاتب هذه السلسلة بالكتاب الذي بين أيـدينا الآن حول "علم الاجتماع الطبـي: مـدخل نظـري". هـذا بالإضافة إلى بحوث أخرى ميدانية أجراهـا المؤلـف عـن "التعليم والوعي الصحي"، و"البيئة وأنماط المرض" وستظهر تقاريرها النهائية تباعا بإذن ا .

ثانيا: تعريف علم الاجتماع الطبي:

نظرا للحداثة النسبية لعلم الاجتماع الطبي، فـإن بعـض الباحثين – أمثال بلوم، وجيل، وتوادل – يتساءلون: هل نحن

([26]) د. علي المكاوي، جهود العلماء العرب في تأصيل علم الاجتمـاع الطبي، بحث مقدم لمؤتمر أعلام دمياط، كلية التربية بـدمياط، 4 – 7 مارس 1989.

إلى الفهرس

الآن في موقف يسمح لنا بتعريف هذا العلم تعريفًا نهائيا؟ وإذا أجبنا، لزم البحث عن إجابة على سؤال آخر يبحث عن بداية الاتجاه نحو إجراء الدراسات على ما نسميه بعلم الاجتماع الطبي؛ سواء كان صادرا عن اهتمام أصيل، أو عن مجرد رضا عن تلك الأبحاث [27].

إن علم الاجتماع الطبي مجال للتداخل العلمي والاعتماد المتبادل بين علوم متعددة. ولا يستفيد هذا العلم الجديد من جهود ودراسات علماء الاجتماع، وعلماء النفس الاجتماعي فقط، بل يستفيد أيضا من جهود الباحثين في مجال الطب والصحة العامة، وعلماء الأوبئة، واقتصاديات الصحة، والأطباء المهتمين ببحث ودراسة الأدوار التي يؤدونها. ويقدم علم الاجتماع وعلم النفس الاجتماعي وجهات نظر فريدة حول الممارسة الطبية، وخاصة أن مجال الطب يفتقد المفهومات النظرية الأصيلة والكُفؤة. ولهذا يضطلع علم الاجتماع وباقي العلوم الاجتماعية بتقديم وجهات نظر، ومفاهيم ومصطلحات متقدمة تسمح لنا بتراكم كفء للمعرفة،

([27]) جيل وتوادل، مرجع سابق، ص ص 6 - 7.

إلى الفهرس

وتحديد دقيق لبؤرة البحث، وتقديم أولويات بحوث المـستقبل في علم الاجتماع الطبي.

وعلى هذا فعلم الاجتماع الطبي يمثل مجالاً مشتركًا بـين الطب وعلم الاجتماع، ويمثل من ناحية أخرى مجالاً للبحـث التطبيقي. ولعل في ذلك الطابع ما جعله يتحول في أمريكـا من مجرد وظيفة تعليمية إلى ميدان التطبيق العملـي، علـى حين تحول نفس العلم في أوربا من مجرد سياسـة تعليميـة وتخطيطية إلى توازن أكاديمي أكثر. وقـد لعـب التعـاون المشترك بين الأطباء وعلماء الاجتمـاع دوره فـي انتهـاج مدخل علم الطب، واختـراق مجالـه لاسـتكمال الطريـق، والوصول إلى مداخل لمـشروعاتهم التـي كانـت تطـابق أغراضهم وتخضع لتخطيطاتهم، ومن هنا يعـرف ميكانيـك Mechanic علم الاجتماع الطبي بأنه "مجموعـة الجهـود الرامية إلى تطوير الأفكار السوسيولوجية في داخل سـياقات الأنساق الطبية، وإلى دراسة القضايا التطبيقية المهمة فيمـا يتصل بعمليات المرض ورعاية المريض" (28).

(28) David Mechanic, op. cit., cit., p. 1, 516.

إلى الفهرس

وإذا كان الطب يهتم بقضايا الصحة والمرض، وعلم الاجتماع يدرس البناء الاجتماعي، فإن علم الاجتماع الطبي إذن يمثل حلقة الوصل بين العلمين، الاجتماع والطب. بمعنى أنه يدرس قضايا الصحة والمرض في ضوء علاقتهما بالنظم الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والإدارية [29]. ومن هنا يتحدد تعريفنا لعلم الاجتماع الطبي بأنه "الدراسة السوسيولوجية لقضايا الصحة والمرض، وتناول المستشفى كنسق اجتماعي وثقافي، وفحص علاقة المريض بالقوى العاملة الطبية وبالمؤسسات العلاجية، كما يحددها البناء الاجتماعي والوضع الطبقي". وهكذا تنبسط الأفكار السوسيولوجية لتتخلل النسق الطبي، وتقدم لأعضائه صورة شاملة عن أهمية العوامل الاجتماعية المرتبطة بالصحة والمرض، وسلوك المرض وعلاقته بالخدمة الصحية المقدمة، ونمط الأسرة (نووية أو ممتدة) ودوره في اتخاذ القرار الطبي باللجوء إلى إحدى المؤسسات الصحية، وصورة بناء القوة السائد في المجتمع، ودرجة تأثيره على أداء الخدمة الصحية. أضف إلى ذلك أن علم الاجتماع الطبي

([29]) ماجدة حافظ، مرجع سالف الذكر، ص 17.

إلى الفهرس

يبرز اتجاهات وقيم المجتمع نحو العلاج الشعبي والرسـمي، وكيفية استثمارها في تدعيم الطب الرسمي في مواجهة الطب الشعبي. وتساعدنا الأنثروبولوجيا الطبية في استكمال معـالم الصورة المؤثرة في الـصحة والمـرض، بـالتركيز علـى العناصر الثقافية كالعادات والمعتقـدات والأمثـال الـشعبية والطقوس السائدة، ودورها في الصحة والمرض.

ثالثًا: مجالات الدراسة فـي علـم الاجتمـاع الطبي:

تذهب الدراسات المعاصرة إلى أن الطب كمجال تطبيقـي – يضطلع بثلاث مهام رئيسية تتمثل في فهم كيفيـة ظهـور الأعراض الخاصة، والمتكاملة لمرض معين يـصيب فـردا أو جماعة. وثانية المهام أن يتعرف الطب على كيفية معالجة هذه الأعراض والأمراض، أو على الأقل يحد مـن مـداها ومضاعفاتها. وفي النهاية يعزز الطب الظـروف المعيـشية التي تقلل من المخاطر التي تعترض صحة السكان، وهكـذا فهو يسهم في الوقاية من المـرض [30]. ولا تنطـوي هـذه

([30]) Medical Sociology, op. cit., p. 2.

إلى الفهرس

المهام على فاعلية قصوى، ما لم نضع نصب أعيننا أهميـة العوامل الاجتماعية والنفسية مراعاتنا لدرجة أهمية العوامـل البيولوجية. وقد صار هذا الاتجاه راسخًا فـي علـم الطـب الغربي ذاته [31]، ولا يزال في طريقه إلى الرسوخ الآن في التعليم الطبي ذاته في البلدان النامية، ومنها مصر على سبيل المثال.

وهكذا تكون دراستنا وثيقة الصلة بالطب كمجال تطبيقي، كما أنها ترتبط بعرى لا تنفصم بعلم الاجتماع، وفي ضـوء هذه الطبيعة – أي اهتمـام الاجتمـاع الطبـي بالعمليـات الاجتماعية الأساسية – فهو ينقسم إلى عديد مـن المجـالات التقليدية للبحث السوسيولوجي؛ ولذلك نجد المتخصصين فيـه ذوي اهتمامات ودوافع مختلفة؛ فالكثير منهم مهتم بالمشكلات الصحية في مجالهم، بينما يطرق آخرون المجال الاجتماعي الطبي، لأنه يمثل سـياقًا ملائمـا لاختبـار مـدى صـحة افتراضاتهم، والكشف عن الصلة الوثيقة بين قضايا الـصحة والمرض في علم الاجتماع والسلوك.

---

(31) Talcott Parsons, Op: cit., P: 431.

والواقع أن موضوعات علم الاجتماع الطبي، بدأت تحظى بالاهتمام الواضح منـذ الـستينيات وحتـى الآن. وصـار المتخصصون في هذا الفرع الجديد يعقدون حلقات مناقـشة (سيمنارات)، يبلورون خلالها النقاط الأساسية التـي يـستفيد منها الطب من علم الاجتماع [32]. ففي أكتوبر 1974 عقدت مدرسة لندن للصحة العامة وطب المناطق الحارة سـيمنارا حول التدريب وطب المجتمع، حوى بعض المحاولات لتحديد مجالات علـم الاجتمـاع الطبـي، وحـدد المتخصـصون المشاركون نقاط إفادة الطب من علـم الاجتمـاع. وانبـرى جونسون Johnson لتحديد النقاط التالية في المحاولة الأولى لتلك المجالات:

1- **العوامل الاجتماعية للمرض**: كان الطب إلى عهـد قريب يعتبر أن العوامل البيولوجية والطبيعية فقـط هي الأسباب الوحيدة التي تحدث المرض. ولكـن علم الاجتماع والأنثروبولوجيا سـاهما معـا فـي توضيح أهمية الأبعاد الاجتماعيـة والثقافيـة فـي

([32]) Acheson and Aird, (editors), Seminars in Community Medicme, Vol. I. Sociology, Oxford Uni-press, London, 1976, pp. 1: 12.

إلى الفهرس

قضايا الصحة والمـرض [33]. ومـن ثـم أسـهم الاجتماع الطبي في إلقـاء الـضوء علـى أهميـة العوامل الاجتماعية في إحداث المرض، وعلاجـه والوقاية منه، كما امتد نطاق المرض ليشمل الحياة الاجتماعية والنفسية للمريض.

2- **علاقة الطبيب بالمريض**: برز إسهام علم الاجتماع في الوقت الراهن فـي تطـوير فهمنـا للعلاقـات الاجتماعية المعقدة في المجتمع المعاصر، عـلاوة على أنه يقدم لنا مدخلاً متخصصا لدراسة العلاقات الإنسانية في المجـالات الـسياسية والاقتـصادية والطبية وغيرها، وفهمها حق الفهم [34]. وأما علـم الاجتماع الطبي، فقد أوضح أهمية العلاقـة بـين الطبيب والمريض على أساس أنها لا تقتصر على مجرد التشخيص والعلاج فقط، وإنما تمتد لتـشمل

([33]) Nawal El Messeri, Rural Health Care in Egypt, IDRS, Ottawa, 1980, p: 5.

([34])Folta and Deck, editors, Asocioloyical Framwork For Patient Care, John Wiley & Sons, INC., New York, 1966, p. 54.

إلى الفهرس

احترام الطبيب وتعاطفه مع المريض، وخاصة في حالة الأمـراض الحـساسة كالجـدري والـدرن والطاعون والجذام [35] والأمراض العقليـة. وقـد أبرزت بعض الدراسات الحديثة ملامح هذه العلاقة؛ حيث أكدت على توضـيح الأدوار المتبادلـة بـين الطبيـب والمـريض، وأنمـاط العلاقـة بينهمـا، والصراع والضبط في هذه العلاقة الثنائيـة، ومـا يتخللها من إغراء واتفاق حينًا، وصراع وغموض حينًا آخر، وسلوك عملي حينًا ثالثًا [36].

3- **الطبقة الاجتماعية والخدمات الصحية**: من الواضح أن المرض مرض طبقة، وبالتالي فدراسة الطبقـة توضح لنا نوعية المرض ذاته، ونوعيـة العـلاج (رسمي – شبعي)، ونوع الخدمة الصحية المقدمـة في المؤسسات الصحية.. إلخ. وقد أكدت دراسـات

([35]) ماجدة حافظ، مرجع سابق، ص 9.

([36]) Patrick and Scambler, Sociology As Applied to Medicine, London, 1982, pp. 57 – 61.

لويس Lewis [37] ولوبريتـو lopreato وولـيم أوسـ-ـلر W. Osler [38]. وتيـ-ـتمس Titmuss (1963 و 1968) [39]، وغيرهـا علـى العلاقـة الوثيقة بين الوضع الطبقي وبين استخدام الخـدمات الصحية. فالطبقة الوسـطى أكثـر اسـتفادة مـن الخدمات الصحية من الطبقة العاملة.

4- **التنظيم الاجتماعي للمستشفى**: يتجلـى الاهتمـام المعاصر لعلم الاجتماع الطبي في محاولـة فهـم التنظيمات الطبية، وما تتضمنه من علاقات رسمية وغير رسمية، واسـتجلاء تعقيـدات المؤسـسات الصحية. ولذلك أظهرت الدراسات الحديثة - فـي هذا المجال – مدى أهمية التنظيم غيـر الرسـمي للمستشفى [40]، واعتماد الخدمة الصحية فيها علـى

([37]) David Mechanic, op. cit., p. 90, 261:

([38]) Susser and Watson, Sociology, Oxford Uni-Press, London, 1975, pp: 128 – 166.

([39]) Acheson and Aird, op. cit. pp. 34 – 35.

([40]) Boek and Boek, Society and Health, N., (W. D), p. p. 216:

إلى الفهرس

طبيعة بنائها التنظيمي [41]. ومن ناحية أخرى تؤكد هذه الدراسات على جدوى اسـتفادة المستـشفيات وسائر المؤسسات الصحية من إسـهامات علمـاء الاجتماع عامة، وعلم الاجتماع الطبي على نحـو خاص؛ إذ بمقـدورهما تحليـل بنيـة المستـشفى والوظائف التي تضطلع بها، والمؤثرات الداخليـة والخارجية التي تتعرض لهـا، وطبيعـة علاقتهـا بـالمجتمع المحلـي، ونوعيـة المـشكلات التـي تعترضها.

والواقع أن هناك محاولة ثانيـة لتحديـد مجـالات علـم الاجتماع الطبي، قـدمها روى أكيـسون Roy Acheson بذكاء، إلى نفس السيمنار بمدرسة لندن عـام 1974. وقـد انتهج أسلوب كيفية إسهام علم الاجتماع فـي تحـسين الأداء الطبي كوسيلة لتوضيح تلك المجالات؛ حيث يستطيع أن يلقي الضوء على الموضوعات التالية [42]:

([41]) Folta and Deck, Op. cit. P. 59:

([42]) Seminars in Community Medicine, op. Cit., pp. 143 – 146.

1- **أصل المرض**: أوضح جـورج بـراون George Brown كيف تسهم النظرية الاجتماعية فـي فهـم أسباب المـرض وعواملـه، فـي ضـوء الطبقـة الاجتماعية والسن والنوع. وفي هذا الـصدد تـسير أدوار علماء الاجتماع وعلماء الأوبئـة فـي خـط متكامل في استجلاء هـذه الأصـول الاجتماعيـة للمرض.

2- **تأثير الطائفة والطبقـة والثقافـة علـى الـسلوك البشري:** تناولت آن كارترايت Ann Cartwright أنماط السلوك وتأثيرهـا علـى الجماعـة المهنيـة الواحدة، وعلى علاقة هـذه الجماعـة بالجماعـات الأخرى. وترى أن القرن العشرين قد شهد تطـورا في هذا المجال أكثر من القرن التاسع عـشر، وإن كان هذا التطور في حاجة إلى تمحيص. وهنا يجري علماء الاجتماع تحليلاتهم لمركب التقاليد والضغوط المعقدة التي تحكم السلوك المتبـادل بـين الطبيـب ومريضه، وعلاقة المستشفى بـالمجتمع المحلـي، والعلاقة المتبادلة بين الأطباء والممرضات وهكـذا.

إلى الفهرس

والسبب في ذلك أن الطبيب يتـدرب علـى العمـل الانفرادي، على حين تتلقى الممرضة تدريبها لتصبح أداة تنفيذية في تنظيم هرمي. فإذا عملت الممرضـة مع الطبيب كطرفين متساويين في الفريـق الطبـي، فسوف تطرأ مشكلات عسيرة لا تنتهي.

3- **القوة والنفوذ وتنفيذ الأوامر:** قدم رودولف كلايـن Rudolf Klein لهذه الموضوعات، في ثنايا الورقة التي عرض فيها لجوانب النظرية السياسية، وإن لـم يكن متخصصا في علم الاجتماع، إلا أنه أثار قضايا جوهرية في هذا العلم بـصفة عامـة، وفـي علـم الاجتماع الطبي على نحو خاص. يصعب علينا إذن وضع خطوط فاصلة بين علـم الاجتمـاع والعلـوم الاجتماعية الأخـرى، نظـرا لوجـود عديـد مـن الموضوعات المشتركة، ومجالات التعـاون الوثيـق بين العلوم الإنسانية بصفة عامة. ولعل الموضوعات الأكثر اتصالاً بعلم الاجتماع واسـتفادت منـه هـي الإدارة الاجتماعية والإدارة العامة والعلوم الـسياسية والاقتصادية الأخرى. ومعنى ذلك أن علم الاجتمـاع

الطبي يهتم بدراسة القوة فـي المؤسـسات الطبيـة، والنفوذ بين القوى العاملة الطبيـة، وكيفيـة تنفيـذ الأوامر في سياق التنظيم الرسمي للمستشفى.

4- **أساليب الاتصال:** ويأتي هـذا المجـال علـى رأس الموضوعات الهامة في علم الاجتماع الطبي؛ حيـث يسهم عالم الاجتماع في تذليل الصعوبات والعوائـق التي تعترض الاتصال، أو تحد من فاعليتـه. وقـد تصدت مارجوت جيفريز Margot Jefferys لتناول هذا الموضوع بالتفصيل من الزاوية السوسيولوجية. والمؤكد أن الخدمة والرعاية الصحية تتحسن كلمـا تحسنت أساليب الاتصال بين الطبيـب والمـريض، وبين المهنة الطبية الرئيسية وسائر المهن المتـصلة بها، وبين كل هؤلاء وبين الحكومة القائمة من ناحية، وبين الجمهور العام من ناحية أخرى؛ إذ الواضح أن كل هـذه المـشكلات والموضـوعات ذات طبيعـة سوسيولوجية أكثر منها نفسية.

5- **الالتحاق بالعمل الطبي والدافعية:** أثار مانفريد فلانز Manfred Pflanz هذا الموضوع الهـام باعتبـاره

يلمس عملية الالتحاق بالتعليم الطبي والمهنة الطبية بالتالي، ودرجة الدافعية وراءه؛ إذ إن هناك عوامل بالغة التعقيد تكمن وراء اتخاذ الدارس قراره ليصبح طبيبا، مثلها في ذلك مثل العوامل الدافعة لاختيار التخصص الطبي ذاته. فالشباب الدارس يبحث عن تأمين مستقبله، واكتساب المهنة التي تحقق له عائدا مجزيا في حياته. إلا أن العمل الطبي يرتبط بالمكانة الاجتماعية للطبيب، وبمدى كفاءته في تخصصه، كما يرتبط أيضا "بالسيادة المهنية" التي تجعل الطبيب على رأس التخصصات الطبية الأخرى كطبيب الأسنان والصيدلي، وبالتالي تمتعه بقدر متميز من السلطة والقوة في العمل الطبي. وقد تطرق علماء الاجتماع لدراسة ظاهرة "السيادة" المهنية في المؤسسات الصحية للتعرف على أشكال وأساليب الاتصال بين أصحاب التخصص الطبي المسيطر والتخصصات الطبية الأدنى أو التابعة (الصيدلة – طب الأسنان – الأشعة – طب العيون... إلخ).

أما المحاولة الأخيرة فقد طرحها دافيد ميكانيك في عـام 1978، ويصف فيها علم الاجتماع الطبي، وأهم موضوعات الدراسة فيه، من خلال استعراض اثنين وعشرين موضـوعا رئيسيا تُمثل محور الاهتمام والبحث. وتتمثل هذه المجـالات فيما يلي [43]:

1- توزيع المرض ومبحث أسبابه:

اهتم علماء الاجتماع منذ مدة طويلة بتوزيع المرض بـين السكان والتركيز على عوامله ومسبباته. إلا أن الموضـوع الأكثر بروزا في التراث السوسيولوجي يتمثل في الاهتمـام بـالأمراض العديـدة المزمنـة، وخاصـة الأمـراض والاضطرابات النفسية الطبية، وأمراض القلب والـسرطان. وقد صار علماء الاجتماع الطبي الآن أشد اهتماما بدراسـة التفاعلات بين التأثيرات البيولوجيـة والتكوينيـة الوراثيـة والاجتماعية، كما ازداد البحث في توزيع المـرض تحلـيلاً وتركيبا بشكل واضح.

([43]) انظر: (David Mechanic, op. cit., pp . 3 – 14.

2- الاستجابة الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض:

يتميز العمل في هذا المجال بالتركيز على تصورات الناس حول صحتهم، وعلى الأفعال الوقائية اللازمة للحفاظ عليها، وعلى تعريفاتهم للمرض واستجاباتهم له، وكذلك الاهتمام بآثار الاتجاهات والسلوك المتنوع على مسار المرض ونجاح التأهيل والشفاء. ومن أمثلة البحوث في هذا الموضوع: تناول الفروق الثقافية في الاستجابة للمرض، والاتجاهات نحو الموت [44]، والرغبة في القيام بأفعال ترتبط بالصحة كالتدريبات الرياضية مثلاً.

([44]) أجرى الدكتور سيد عويس دراستين من هذا النوع في مصر، يستوضح فيهما نظرة القادة الثقافيين المصريين نحو ظاهرة الموت ونحو الموتى. انظر:

د. سيد عويس. الخلود في التراث الثقافي المصري، دار المعارف، القاهرة، 1966م.

ـــــــــــ، الخلود في حياة المصريين المعاصرين، الهيئة المصرية للكتاب، القاهرة، 1972م.

3- الجوانب الاجتماعية والثقافية للرعاية الطبية:

على الرغم من أن هذا المجال قد تطور ليدرس علاقـات الممارس الطبي بالمريض، والتأثيرات المتبادلة بينهما، إلا أن نطاق اهتمامه قد اتسع ليشمل دراسة تأثير الثقافة والتـاريخ الاجتماعي على تنظيم أنساق الرعاية الـصحية، والأشـكال المحددة لسمات ممارسيها وكذا خصائصهم. وتشهد السنوات الأخيـرة تكـريس الاهتمـام المتزايـد نحـو المهنيـة Professionalism للممارس الطبي، والبنية الداخلية للنسق الصحي، ومسئولية المـريض والجماعـات المعاونـة [45]، والأنماط الجديدة لممارسة الفريق الطبي، ومشاركة المستفيد بالخدمة. وهي جميعا طرق جديدة تعكس براعة الإنسان في التكيف مع مشكلات الحياة.

([45]) من أمثلة هذه الجماعات المعاونة في مصر: جمعيـات مكافحـة المخدرات ومكافحة المسكرات، ورعاية مرضـى الـدرن، وأصـدقاء المرضى. وهي جمعيات وسيطة بين المريض والمؤسسات العلاجيـة؛ حيث تقدم له العلاج بالمجان أحيانًا، كما هو الحال فـي مستـشفى أم المصريين بالجيزة، أو تعمل له نظارة طبية في أحيان أخرى. كما في مستشفى الرمد بالجيزة أيضا.

إلى الفهرس

4- الوفيات:

تنطوي دراسة الوفيات على أهمية كبرى لعلماء الاجتماع والديموجرافيا؛ حيث توضح لهم الأنماط المتغيـرة للوفـاة، والأسباب الاجتماعية للاحتضار، وتكيف المؤسسات الصحية مع الأنماط المتغيرة من المرض والوفاة. وهـي دراسـات نظرية إلى حد كبير، إلا أنها تكشف لنا المتغيـرات الأكثـر تكرارا في الوفاة كالسن والنوع والسلالة والمكانة الاجتماعية والثقافية والدين. كذلك فهي تحاول فحص أُسس التمايز فـي الوفيات بين الرجـال والنـساء. وكيـف تـسهم الأحـداث الاجتماعية والثقافية في هذا التمايز.

5- علم الأوبئة الاجتماعي:

حظي هذا المجال بالاهتمام المبكـر بتوزيـع المـرض وبمبحث أسبابه؛ إذ يدرس حدوث المرض والقصور الجسمي والعجز. وبالتالي فهو وسيلة متميزة للتفكير فـي مـشكلات وقضايا علم الاجتماع الطبـي. فيتنـاول توزيـع المـرض والخدمات الصحية، والمبحث الاجتماعي لأسباب المـرض، وظروفه العديدة كالاضطرابات العقلية والسرطان وأمـراض القلب.

6- تنظيم الممارسة الطبية:

يتعلق هذا المجال بدراسة التنظيم الفريد للممارسة الطبية، والطريقة التي يتميز بها عن الأنـساق الطبيـة المتنوعـة، ومظاهر التباين الناجمة عن تباين ظروف المجتمع المحلـي. ومن دراسات هذا المجال مقارنة الـضغوط الواقعـة علـى الممارسين الطبيين أفرادا وجماعات. وآثار النظام الرأسمالي والخدمة الصحية المأجورة على تعامل الأطباء مع المرضى، وتنظيم القوى العاملة الطبية في ضوء تنوعـات المستـشفى وإمكانياتها.

7- سوسيولوجيا المهن العلاجية:

وتقع هذه البؤرة داخل المجال السوسيولوجي الأكبر للمهن والتخصصات الراقية، وتتعامل مـع التنظـيم الاجتمـاعي والعلاقات بين الجماعات المهنية والتخصـصية المختلفـة. ولذلك تتعدد إسهامات دراسة تخصصات التمريض، والأطباء والمديرين وصانعي السياسة. والاهتمام فـي نفـس الوقـت بتقسيم العمل في المجال الطبي، وارتباطه بالثقافة والمجتمـع الأكبر.

إلى الفهرس

8- سوسيولوجيا المستشفى:

وهو مجال رئيسي في علم اجتماع التنظيم، ويهتم بعديد من المتغيرات التابعة والمستقلة. علاوة على شيوع الاهتمام فيه بالتكنولوجيا المتطورة، والبيروقراطية المتزايدة، والتنافس الداخلي بين التخصصات الطبية، وعلاقات القوة واتخاذ القرار وتقسيم العمل والمركزية.

والمستشفى بطبيعة الحال جزء من المركز الطبي، وتتعدد أهدافها وقدراتها، فتضطلع بالرعاية الداخلية والخارجية للمرضى، وخدمات الرعاية المنزلية وتعليم المرضى والتدريب التخصصي، والبحث والدرس [46].

9- صحة المجتمع المحلي:

يتجه الاهتمام في هذا المجال نحو تنمية العلاقات بين الهيئات الصحية العامة، والخاصة العديدة في المجتمع

([46]) وهذا شأن المستشفيات التعليمية المصرية؛ حيث تضم قاعات للدرس يستفيد منها طلاب كليات الطب مع أساتذتهم، وأمام حالات الدراسة.

إلى الفهرس

المحلي. ويسعى البحث هنا نحو فهم وتفسير أهداف الهيئات العديدة من خلال برامجها الصحية، وصور توزيع الأنـشطة بينها، وأساليب تطور وتغير هذه التنظيمات.

10- التغير الاجتماعي والرعاية الصحية:

يغلب الطابع التاريخي على هذا المجال، وبالتالي يختلـف عن باقي مجالات علم الاجتماع الطبـي. فالطـب مؤسـسة اجتماعية، كما أنه نشاط فني يـشكله الـسياق الاقتـصادي والاجتماعي والثقافي الذي يحتويه. ويتضمن هذا الموضـوع دراسات عن تطوير التخصصات الصحية والرعاية الطبيـة، والتعديلات في القيم والتوجيهات الصحية وأولويات التنظـيم الطبي، وتوزيع الموارد الصحية.

11- التنظيم المقارن للرعاية الصحية:

إن صعوبات التحليل المقارن قد وضـعت قيـودا علـى العلماء الاجتماعيين في مقارنة الأنساق الـصحية القوميـة. ولكن الدراسات الحالية العديدة، حاولـت فحـص الفـروق القومية في تنظيم الرعاية الطبية. واتجه معظم الاهتمام هنـا نحو دراسة حالة الطب في دولة كبرى مثل بريطانيا، أو دول

أخرى، والتعرف على تأثيراتها في مجتمـع آخـر كفرنـسا أو ألمانيا. وبالتالي تراكمت معلومات مقارنـة حـول فائـدة القوى العاملة البشرية في مجال الصحة، واستخدامها فيهـا، والاستفادة من الخـدمات الطبيـة، واسـتخدام المستـشفى، والاستثمارات في القطاع الصحي.

12- التعليم الطبي:

أعطى علماء الاجتماع اهتماما واضـحا لـسوسيولوجيا التعليم الطبي، يفـوق مـا أعطـوه لـسوسيولوجيا التعلـيم السوسيولوجي. وهنا يسود الاهتمـام بالتنـشئة الاجتماعيـة المستمرة، والتـدريب التخصـصي، وخـصائص الأطبـاء وتدريبهم التأهيلي الطبي، كذلك تتناول الدراسات الحديثة القيم الاجتماعية المتغيرة لطالب الطب، وعمليـات تكيفـه مـع الصعوبات الشخصية والتخصـصية فـي التعلـيم الطبـي، والعوامل المؤثرة على اختيار العمـل الطبـي والتخـصص ومكان الممارسة، والتوقعات المتغيرة لدارس الطب.

13- الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية

تزايد التأكيد الحالي علـى تكـاليف الرعايـة الطبيـة، والخدمات التي تقدمها المستشفى والتفاوت فـي توزيعهـا، والوصول إليها. ولذلك اتجه الاهتمام نحو استخدام الأدويـة والعقاقير والخدمات الصحية لطب الأسنان والعيون، والطب النفسي. إلا أن الجهد السوسيولوجي الواضح قد انصب على تطوير نماذج التماس المساعدة الطبية، واللجوء إلى الخدمـة الصحية. وبالتالي كان اتخاذ القرار الطبي بؤرة هذا المجال، لاعتماده على عديد من العوامل أكثر مما يعتمد على خطورة المرض نفسه.

14- الصحة العامة:

كان هذا المجال نتيجة لحركات الإصلاح في القرن التاسع عشر بأوربا. واقتصر في البداية علـى التطعـيم وتحـسين ظروف الصحة العامة، والتحكم في الأمراض القابلة للانتشار والعدوى. أما الآن فقد غطـى الاهتمـام بالـصحة العامـة الأمراض العديدة المزمنـة، وتهديـدات البيئـة، والتلـوث والممارسة الصحية الوقائية، والتعليم الصحي. وقد أضـفت هذه الاهتمامات حيوية على عمـل العلمـاء الاجتمـاعيين،

وجعلته أساسيا، نظرا لأن ممارسة الصحة العامة تنصب على إحداث التغيير في البيئة الاجتماعية وفي سلوك الناس. إلا أن هذه الاهتمامات التقليدية تراجعت فازدهرت مجالات الصحة الصناعية، والتغذية وتلوث البيئة، والتعليم الصحي وتغير السلوك، وبحث الخدمات الصحية وعلم الأوبئة الاجتماعي وإدارة الرعاية الصحية. وتتصدر مدارس الصحة العامة حاليا إعادة تقييم دورها ومسئولياتها. ومن المحتمل وجود روابط وثيقة في المستقبل بين الطب العلاجي التقليدي، والطب الوقائي ووظائف الصحة العامة.

15- الإجهاد والمرض والتوافق:

تزايد اهتمام علماء الاجتماع والنفس بدراسة مصادر الضغوط الاجتماعية في التنظيم الاجتماعي والحياة الاجتماعية، وعلاقة الإجهاد بالمرض. وتشهد الأيام الحالية تعاونًا وثيقًا بين علماء الاجتماع والطب في دراسة دور الضغوط الاجتماعية في أمراض القلب والفصام.

16- تكنولوجيات جديدة لتغيير السلوك الاجتماعي:

من بين التيارات الواعدة في العلوم الـسلوكية المرتبطـة بالطب، يأتي تطوير تكنولوجيات جديدة لتعديل الـسلوك [47] باستخدام الأساليب الفنيـة المـؤثرة، والأسـاليب الأخـرى التواؤمية. وقد أثمرت هذه الأساليب في تعديل بعض السلوك الفردي الذي كان يثير اضطرابا للأفراد، فتطوير رد الفعـل البيولوجي يعدنا بتعلـيم الأفـراد الـتحكم فـي اسـتجابات فسيولوجية معينة؛ مما يساعدهم علـى مواجهـة الـصداع النصفي Headache Migraine وارتفـاع ضـغط الـدم hypertension هذا عـلاوة علـى اسـتخدام المـساعدات الجماعية لإغاثة الناس، والنماذج التعليمية كمدخل للتأهيل.

([47]) يشغل هذا الموضوع اهتمامات علماء الغرب، سواء في مجال علم الاجتماع الطبي، أو غيره من المجالات الإنسانية الأخرى، وقد صـدر العدد الثاني والثلاثون من سلسلة عالم المعرفة الكويتية مترجما بـنفس العنوان "تكنولوجيا السلوك الإنساني"، وقام بالترجمة الدكتور عبد القادر يوسف.

17- الطب النفسي والاجتماعي للمجتمع المحلي:

يتزايد الوعي حاليا بأهمية العوامل الاجتماعية، والمجتمع المحلي، في التأثير على تطوير أمراض معينة، ومجراهـا. واللافت للنظر أن التحليل الـسوسيولوجي لـيس ضـروريا فحسب لفهم كيفية تأثير السياقات الاجتماعية على المـرض، وإنما هو ضروري أيضا لوصف سوسيولوجيا الطب النفسي للمجتمع المحلي كحركة اجتماعيـة وسياسـية فـي رعايـة المرضى العقليين.

18- القضايا القانونية والأخلاقية:

كلما تطور الطب والتكنولوجيا، كلما تزايدت المـشكلات الأخلاقية وتعقدت. فقد نجح الطب في شفاء أمراض ميئوس من شفائها، وبالتالي ثارت قضايا آثـار التكنولوجيـا علـى تكاليف العلاج وتوزيع الموارد، ونوعية حياة المرضى والقيم الإنسانية. كذلك استلزم تطور زرع الأعضاء الغريبـة عـن الجسم مفاهيم طبية وقانونية جديدة، حتى لا تعرض القائمين بزرعها للجزاءات القانونية.

19- الجوانب الاجتماعية للاقتصاديات الطبية:

لا يحوي علم الاجتماع الطبي الاقتصاديات الطبية، وإنما ينطوي على صلة خاصة بأنواع النماذج والمفهومات التـي يطورها الاقتصاد الطبي [48]. والغالب أن علماء الاقتـصاد يتعاملون مع مشكلات الرعاية الصحية ويفترضون الرشـد لدى المستفيد منها، كما أنهم يفشلون في تقدير وزن التأثيرات النفسية والاجتماعية العديدة على سلوك المريض واستجاباته للطبيب.

20- مشكلات السلوك والرعاية الطبية:

يهتم علم الاجتماع الطبي بفهم كيفيـة لجـوء أصـحاب المشكلات الاجتماعية والنفسية – التي تظهـر فـي شـكل أعراض فسيولوجية – إلـى الأطبـاء وعرضـها علـيهم، بالمقارنة بالمصادر الأخرى للمرض في المجتمع المحلـي، وكيف يتعامل معها الأطباء في خضم أعبائهم الثقيلة.

([48]) انظر التفاصيل في الفصل السابع من هذا الكتاب.

إلى الفهرس

21- التخصصات المعاونة:

يشكل الأطباء أقلية بين مجموع القوى العاملـة بالنـسق الطبي الرسمي. أما الدور الهام والمتزايد، فيلعبـه المعـاون مثل الممرضـات ومـشرفات التمـريض head – nurses والممرضات الممارسـات، والممرضـات المتخصـصات، والصيادلة والأخصائيين الاجتماعيين. ولكن هؤلاء المعاونين يفتقدون الاستقلال الذاتي الذي يتمتع به الأطباء.

22- السياسة الصحية وعلم السياسة:

تُعد أنماط الرعاية الصحية نتيجة لفعـل مـشترك بـين الوحـدات الحكوميـة والتنظيمـات الأهليـة التطوعيـة، والتخصصات والمتخصصين في الرعاية الصحية، وأصحاب المشروعات. والمعروف أن السياسات الطبية بالغة التعقيـد، وتتضمن قرارات تشريعية وإدارية تتخـذ علـى المـستوى المحلي والقومي بداخل المستشفيات والجمعيات الطبية، وعلى مستوى طريقة أداء الخدمة الصحية، وفي الوقت الحالي يبذل علماء الاجتماع الطبي الشبان جهودا كبيرة للتركيـز علـى الرعاية الطبية كنسق سياسي للتحقق ممن يتحكم فيها، وممن

يستغلها. وعلاوة على ذلـك فهنـاك الاسـتخدام الـسياسي للمرض، وتصنيفه لأغراض الضبط الاجتماعي المختلفة.

رابعا: أهم مفاهيم علم الاجتماع الطبي:

يحوي علم الاجتماع الطبي عديدا من المفـاهيم المتعلقـة بالصحة والمرض، وبالجوانـب الاجتماعيـة فـي الوقايـة والعلاج. ونظرا لحداثة هذا العلم في مصر، وندرة الدراسات التي أجريت على الواقع المصري، فإن توضيح هذه المفاهيم ضرورة أساسية، علاوة على أن الحداثة تـستلزم توضـيح الهوية والأطر التصورية والمناهج [49]. وبهـذا لا تـصبح محاولتنا تكرارا لجهد سابق أو شغلاً للسطور. وفيما يلي نقدم عرضا لأهم هذه المفاهيم.

1- الصحة: هناك تعريف سلبي يعتبر أن الصحة هـي: "غياب المرض الظاهر، وخلو الإنسان من العجز والعلـل". وبالتالي فمن الممكن النظر إلى الأشخاص الذين لم يـشعروا بالمرض، ولم تبد عليهم علامات للاعتلال عند الفحص بأنهم أصحاء. ولكن هذا المفهوم ضيق للغاية، خاصـة إذا قارنـاه

([49]) انظر الباب الثالث من هذا الكتاب.

بتعريف منظمة الصحة العالمية والذي يذهب إلى أن الصحة هي" حالة التحسن الجسمي والعقلي والاجتمـاعي الكامـل، وليست مجرد غياب المرض أو العلة" (50).

غير أن سعة هذا التعريف تضفي صعوبة على تمييز مـا هو صحيح عما هو مريض، بالمعنى الجراحـي، وبالتـالي فليس من المفيد استخدام هذا التمييز إلا باعتباره مرشدا دالاً على الأبعاد الواسعة للصحة، وعلى أن التحـسن الجـسمي يعتمد على السياق الاجتماعي والثقافي الـذي نعـيش فيـه، وارتباطنا بالآخرين، والمخاطر الاجتماعيـة والبيئـة التـي نتعرض لها. والخلاصة إذن أن فهم آثـار ونتـائج مفـاهيم الصحة والمرض مطلب جوهري، حتى وإن تعسر تعريفهـا وقياسها بدقة محكمة.

2- **المرض:** ينال موضوع المـرض اهتمـام البـشرية جمعاء، حتى في المحادثات اليومية، لأن حياة الناس تعتمـد على حالتهم الجسمية والعقلية والاجتماعية الجيـدة. وهنـاك تعقيدات عديدة حول تعريف المرض. ومنهـا أننـا عرفنـا

([50]) David Mechanc, op. cit., p. 53

الصحة بأنها "غياب المرض". فهل نعرف المرض إذن بأنـه "حالة فقدان الصحة"؟ وقد يحاول أحدنا توضيح هذا المعنـى بأمثلة واقعية فيقول إن المرض هو معاناة الإنسان من البرد مثلاً، أو آلام المفاصل، أو العمود الفقري، أو الآلام مـن أي شيء مماثل. ويصل بنا الطموح حينًا آخـر، فنجـرد هـذه الأمثلة في تعريف للمرض بأنه "فقدان الأحاسيس الجـسمية والعقلية العادية" [51]. وقد وقفت إحدى الدراسات الأمريكيـة (Apple, 1960) على هذه المشكلات، وخلصت إلى وجود عاملين يرجحان لنا الوصول إلى أحكامنا عن المرض وهما الأعراض التي تظهر في مـستهله، وثانيهمـا هـو صـور المرض ومدى تأثيرها على قيام الإنسان بأنشطته المعتادة.

ومن البديهيات في علم الاجتماع الطبـي أن التعريفـات والقيم المتعلقة بالصحة والمرض تحكمها وتحددها اعتبارات اجتماعية في المقام الأول، تنبثق عن خبـرة النـاس نتيجـة لعضويتهم في جماعات مختلفة. علاوة على أن السن والنوع والظروف الأسرية والأصول الاجتماعية والطبقـة، تلعـب دورها البارز في تحديد المرض. والمرض في أحد معانيـه

([51]) Patrick and Other, Op. cit., P. 3.

إلى الفهرس

"تكيف بيولوجي؛ إذ إنه تعبير عن تكيف الجسم مع الضغوط الداخلية والظروف الخارجية الخطرة". وفـي هـذا الـصدد أوضح أوبري لويس Aubrey Lewis ثلاثة محكات طبيـة تقليدية في تحديد المرض وهي خبرة المـريض، واكتـشافه لبعض الاضطرابات في وظيفة الجسم، والأعـراض التـي تتوافق مع النمط الإكلينيكي (نظرية تنمـيط المـرض) [52].
ومن هنا نقول إن المـرض مفهـوم يـشير إلـى "الحالـة الباثولوجية الشاذة التي نشخـصها فـي ضـوء العلامـات والأعـراض" وهــي الــواردة فــي التــصنيف الــدولي للأمراض[53].

والواضح أن المعنى الاجتماعي هـو التعريـف الأكثـر انتشارا للمـرض. وتتـولى معظـم المـداخل الاجتماعيـة والسلوكية بلورة هذا المعنى بما تقدمه مـن وجهـات نظـر

([52]) Medical Sociology, op. cit., p. 55.

([53]) وهو التقسيم الشامل الذي يحصر الأمراض في سبعة عشر قـسما رئيسيا، طبقًا لأعضاء الجسم المختلفة. وكل قسم رئيس يـضم أقـساما فرعية تحوي الحالات النوعية الخاصة. انظر:

Patrick and Scambler, op. cit., pp. 4 – 7.

إلى الفهرس

ثاقبة. وتحرص هذه المداخل على إبراز دور الثقافة وأساليب الحياة والسلوك في تحديد معنى المرض، وكيفية الاستجابة له؛ إذ يلعب السياق الثقافي مثلاً دورا مهما في تحديد الحالات والظروف التي نتعرف عليها وندركها كأمراض، والأسباب التي نعزوها إليها، والأشخاص ذوي السلطة الشرعية في تقييمها. وفي نفس الوقت تمارس التعريفات الثقافية تأثيرها على نتائج تحديد حالة المرض. ومن الملاحظ أن المسار الاجتماعي للمرض يتأثر إلى حد كبير بالمضمون الثقافي في المجتمع، ويتكامل تماما مع أنماط الحياة.

ولا جدال إذن في أن المفاهيم الاجتماعية للمرض جزء من فلسفة الشعوب حول المرض والموت، وبالتالي حول مكافحة دواعي القلق في الحياة الإنسانية. ومعنى هذا أنها تربط بين المرض والقالب الاجتماعي لمجموعة القيم السائدة في المجتمع [54]، وهنا تدمج المرض في النظام الاجتماعي. وتعبر مفاهيم المرض عن اتجاهات عديدة في الثقافات

([54]) مانفريد فلانز وهنريش كيوب، نظرة اجتماعية إلى مفاهيم المرض، ترجمة أمين محمود الشريف، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية، العدد 32، مرجع سابق، ص 22.

إلى الفهرس

المختلفة. فمنها ما يعبر عن الوصف العام للمرض ومظاهره وأعراضه، وتصنيفه، وأسبابه، والأحكام الأخلاقية وغيرهـا من الأحكام التقييمية للمرض. ويشهد مجتمعنا المصري أمثلة كثيرة على هذه الأحكام الأخلاقية. فنحن نقول عن المـرض حينًا بأنه ابتلاء من ا لعباده الأخيار، وإنه نقمة إلهية تنصب على الفجرة والعصاة حينًا آخر [55]. وهي أحكام تهم الفـرد كما تهم المجتمع، وتتصل بأسباب المرض ومظاهره ومعناه ونتائجه. فالمرض إذن ظاهرة من صنع المجتمـع وسـيظل دائما كذلك، علاوة على رسوخ حقيقة الخلفية الثقافيـة وراء المرض.

والمعنى الاجتماعي يعتبر المرض من صنع القوى فـوق الطبيعية، ويظهر فقط في الإنسان. على حين يذهب تعريـف آخر إلى أن المـرض "عـرض يعتـري مجتمعـا بأسـره أو جماعة بأسرها... فالأسرة يمكن أن تكون وحدة حقيقيـة للأمراض" [56]؛ إذ تدل الشواهد على أن الشخص الذي تظهر

([55]) علي المكاوي، السياق الاجتماعي للمعتقد الشعبي، الكتاب السنوي لعلم الاجتماع، ع3، دار المعارف، القاهرة، أكتوبر 1982، ص 255.

([56]) فلانز وكيوب، مرجع سالف الذكر، ص 26.

عليه أعراض المرض، والمتألم منه، "والمريض الفعلي"، قد يكونون أشخاصا مختلفين. وفي مثل هذه الحالات يمكن القول بأن الأسرة كلها مريضة.

3- مفهوم الرعاية الـصحية Health Care: وتـشير إلى "كافة العوامل السياسية والاقتصادية والاجتماعية والبيئية التي تؤثر في صحة الفرد بجانـب الرعايـة الطبيـة" [57]. وبالتالي تتضمن الرعاية الصحية كل الجهود التـي تبـذلها النظم الاجتماعية المختلفة للحفاظ على الصحة والوقاية مـن المرض. ويعكس تعريف منظمة الصحة العالمية أبعادا عديدة لنظام الرعاية الصحية. فبالإضافة إلـى العيـادات الداخليـة والخارجية، تدخل عوامل أخرى مثل:

أ- العوامل الاقتصادية التي تحدد الحجم اللازم من الموارد الاقتصادية لإنتاج الخدمات الصحية، وكيفية توزيعها.

([57]) د. هبة نصار، دراسة في اقتـصاديات الـصحة العامـة وتقيـيم السياسات الصحية في مصر، رسالة دكتوراه (غير منـشورة)، كليـة الاقتصاد، بجامعة القاهرة، 1983م، ص 31.

ب- العوامل السياسية التي تعكس أولويات توزيع المـوارد في الخطط الصحية المختلفـة، وصـورة التـشريعات الصحية اللازمة لتنظيم القطاع الصحي.

ج- العوامل الاجتماعية التي تؤثر علـى أسـلوب تغذيـة الأفراد، والمفاهيم الـسائدة إزاء الخـدمات الـصحية المتوفرة.

د- العوامل البيئية كطبيعة المناخ، ومدى توفر المياه النقية، ومدى تلوث البيئة.. إلخ والتي تلعب دورا مهمـا فـي التأثير على المستوى الصحي للأفراد.

ومن ناحية أخرى قدمت منظمة الصحة العالمية تعريفًـا للرعاية الصحية الأولية على أنها "أسلوب للرعايـة يتعلـق بمجتمع بعينه، وهي تتكون من أساليب ووسائل مناسبة وغير باهظة التكاليف، ومقبولة من المجتمع. وفي حدود ما تـسمح به الظروف، فإنه من الأفضل أن تكـون القـوى البـشرية العاملة في تلـك البيئـة، وكـذلك المعـدات والتجهيـزات والاعتمادات المالية منبثقة جميعها من نفس المجتمـع " [58].

([58]) عامر بن يوسف ، مرجع سبقت الإشارة إليه، ص 44.

إلى الفهرس

ويؤكد التعريف على أن تلك الرعاية الصحية الأولية تتبع من المجتمع، وتغطي معظم فئاته الريفية والبدوية والحضرية بمقابل يقدرون عليه، وتربط بين المهن الطبية والاحتياجات الصحية للمجتمع، وتعتمد على الموارد البشرية والمادية المتاحة وتستغلها في تقديم الخدمات الصحية، وترتبط من ناحية أخرى بالمؤسسات الصحية مختلفة المستويات لتفيد المريض. ومن أمثلتها المستشفى العام الحضري، والمركزي، والتعليمي والتخصصي والمعاهد الطبية.

4- الخدمة الصحية Health Service: وهي تعني "كافة أوجه الرعاية للمريض من تقديم الدواء والغذاء، والمعاملة الجيدة، والأخصائي الاجتماعي" [59]. وبالتالي فهي تتضمن فحص المريض وتشخيص مرضه، وإلحاقه بإحدى المؤسسات الصحية، وتقديم الدواء اللازم لعلاجه، والغذاء الجيد والملائم لحالته، وحسن معاملة القوى العاملة الطبية له لتساعده على استعادة صحته، وتوجيه الخدمة الاجتماعية

([59]) ماجدة حافظ، مرجع سالف الذكر، ص 28.

لتذليل أية مشكلة تعترض راحته الجسمية أو النفسية داخـل المستشفى أو خارجها.

والملاحظ أن مجال الخدمة الصحية لم يحظ بعد بالاهتمام الأكاديمي الكافي، ولذلك تقل التعريفات والدراسـات التـي تتناولها بالتفصيل. وهناك مجموعة من العوامل العديدة التي تحدد سمات الخدمات الصحية كالحاجات العامـة للـسكان، وتاريخهم، والاعتبارات السياسية، وانطباع الطبيب عما هـو أفضل بالنسبة لمرضاه [60]. ولم يكن تخطيط هذه الخـدمات يتم في ضوء تقدير الحاجات الملحة، وضآلة المـوارد فيمـا قبل، ولكنه صار الآن أكثر ارتباطًا بـالبحوث والدراسـات الجارية في الرعاية الطبية، ونظـم المعلومـات الـصحية، وتنظيم المؤسسات الطبية كالمستشفيات والمراكـز الـصحية والعيادات متعددة الأغراض Polyclinics.

5- **سلوك المـرض Poillness behavior**: تراعـي النظرة الاجتماعية للمرض تلاؤم الاستجابة الإنـسانية مـع

([60]) Thomas Mekeown and R. Lowe, An Introduction to Social Medicine, (2 ed edition), Blackwell Scientific Publications, London. 1974, p. x.

إلى الفهرس

الظروف الصحية والمرضية، والمعايير المرتبطـة بهمـا، والاستجابة لهما. ومن هنا صك علمـاء الاجتمـاع الطبـي مصطلح "سلوك المرض" ليصفوا الأفعال المتوالية زمنيا، كما طوروا نماذج لدور المريض، ودور الـشخص فـي بدايـة المرض.. إلخ. ألا أن مفهوم سلوك المرض يأتي في المقدمة ليعني "الطريقة التي يدرك بها الإنسان بعض الآلام الأولـى للمرض، ويتعرف على التعب أو أية علامة أخرى للاعتلال الوظيفي للجسم، ويقيمها ويتصرف حيالها" [61]، وهو سلوك إنساني عام في جميع المجتمعات، ومنذ القـدم. فقـد ابتكـر الإنسان الأول وسائل عديدة للتغلب على المـرض وأسـبابه البيئية والبيولوجية والفيزيقية [62] ولذلك اعتمد على المحاولة والخطأ، حتى طور بعض الإسـعافات الأوليـة والخـدمات الصحية.

وقد تصدى علماء كثيرون لتحديد العوامل المؤثرة علـى سلوك المرض، فأبرزوا دور العامل النفسي فيـه باعتبـاره

([61]) George Foster, Medical Anthropology, New York, 1978. p. 146.

([62]) Margaret Read, Culture, Health and Disease, Tavistock Publications, London, 1966, p. 7.

يدفع المريض أحيانًا لتلافي تسميته مريضا [63]. بل قد يتأزم الأمر كثيرا في حالة المرض العقلي أو الإعاقة؛ حيث يترتب عليها ما يعرف بالوصمات. كذلك أكدوا على أهمية العوامل الثقافية في تحديد نمط الاستجابة للمرض، وتفسيره والجـأر بالشكوى منه [64]. علاوة على إبراز دور مبحث أعـراض المرض والمعرفة الطبية في سلوك المـرض [65]، ونوعيـة الأعراض التي تدفع أصحابها لاستشارة الطبيـب، ومغـزى الجماعة المرجعية في سلوك المرض [66]، وحث المـريض على التماس الخدمة الصحية.

ومن واقع سلوك المرض يظهر لنا **دور المريض** Sick role باعتباره يمثل مجموعة المناشط الـسلوكية المرتبطـة بالمرض، وعلاقة هذه المناشط بالجماعة المرجعية، ومـدى الإعفاء من بعض المسئوليات والمهام الملقاة علـى عـاتق الأصحاء، ودرجة تعاطف الجماعـة معـه. وقـد أفاضـت

([63]) Folta and Deck, op. cit., p. 57.

([64]) Caroline Cox, Sociology, Lendon, 1983, p. 133.

([65]) Patrick and Scambler, op. cit., pp. 48 – 49.

([66]) Talcott Parsons, op. cit, p. 439.

الدراسات الرائدة في علم الاجتماع الطبي في وصـف هـذا الدور.

طبيعة أدائها، ومدى وصولها إلى مـستحقيها، ودرجـة أو فشل الخدمة الصحية الرسمية، وبالتالي يـنعكس أثرهـا بوضوح على المستوى الصحي في المجتمع".

خامسا: مستقبل علم الاجتماع الطبي:

لقد بلغ علم الاجتماع الطبي الآن مرحلة النضوج، بحيث يستطيع الإسهام في دعم النظرية الاجتماعية العامـة، وفـي تطبيق سياسة واقعية واجتماعية. وازداد اهتمامه بمـشكلات الصحة المهنية والعناية بالصحة في مجال الصناعة، حتـى توثقت الصلات بينه وبين علوم اقتصاديات الصحة، والإدارة الصحية، والتدريس والتدريب الصحي، والصحة العامة [67]. هذا علاوة على سلاسة الاتـصال والتعـاون العلمـي بـين الاجتماع الطبي وعلـوم الاقتـصاد والتـاريخ الاجتمـاعي والاجتماع العام والديني والتربوي وغيرها.

([67]) ديريك جيل وزميله، مرجع سالف الذكر، ص 14.

إلى الفهرس

والواقع أن هذا الصلات والتعاون العلمي تعلي من جدارة "وجهات نظر الفريق" الاجتماعي الطبي، وإن ترتب على ذلك احتمال التغاضي عن بعض مضمون وجهة النظر السوسيولوجية. ولكن بإمكان عالم الاجتماع الطبي النظر إلى السياقات الطبية من زوايا عدة [(68)]، أولها: منظور الطبيب الذي يتمنى تقديم الرعاية الطبية الفائقة، وتيسير عمله، والحصول على استقلاله، ومقاومة التدخل في علاقاته المهنية بعملائه. وثانيها: وجهة نظر المريض الذي يتمنى بدوره إشباع السياق الطبي لكل أمانيه وإلحاحه النفسي، بما يقدمه له من رعاية وخدمة صحية فائقة. أما الثالثة: فهي وجهة نظر مدير المستشفى الذي يريد الوصول إلى أعلى مستوى من الرعاية الطبية الجيدة، دون أن تقع خسارة أو يقع قصور في الأداء. ورابعها: وجهة نظر كليات الطب التي لا تعوقها المنافسة، ولا تعرقلها ضغوط الرعاية، الطبية الأولية، ومع ذلك يصعب عليهم فهم أسباب قصور الأداء الطبي الأفضل للخريجين الممارسين. ولا جدال في أن كل طرف من هذه الأطراف بين وجهة نظره في ضوء المشكلات التي تواجهه،

([68]) David Mechanic, op. cit., p. 517.

إلى الفهرس

والضغوط والتوترات التي يعايشها بنفسه. وهنـا لا يختلـف الطب – كموقف اجتماعي – عن التعليم والـصناعة. إلا أن وجهة النظر السوسيولوجية ليـست مجـرد نظـرة واحـد أو مشارك آخر في الموقف الإنساني، وإنما هـي بـالأحرى محاولة لتقديم التفاعل بين وجهات النظر والأفعال. ولعل في هذه الطبيعة ما دفع المشتغلين بالممارسة الطبيـة والتعلـيم الطبي في مصر إلى الاستعانة بالمتخصصين في علوم النفس والاجتماع والأنثروبولوجيا في تذليل الصعوبات الاجتماعيـة والثقافية أمام الممارس الطبي، وتبـصيره بـالأداء الـسليم للخدمة الصحية [69].

ومن هنا تزداد أهمية علم الاجتماع الطبي، نظرا لتأكيـده على السببية الاجتماعية للمرض. وهناك تراث عريق وممتد حول التأهيل الاجتماعي والفيزيقي للمريض. يضطلع فيهـا الطب بعلاج العضو المصاب أو تعويضه بأجهزة حديثة، في حين يتصدى الاجتماع الطبي لمهمة تأهيل المـريض علـى الوضع الجديد، وتكييفه مع بيئته وظروفه الجديدة. وفي هذه

([69]) علي المكاوي، الطب السحري، الكتاب السنوي لعلـم الاجتمـاع، العدد الرابع، دار المعارف، القاهرة، 1983م، ص ص 473 – 474.

إلى الفهرس

الحالة لا غنى لأحدهما عن الآخر، فما بالنا إذن بوجود التقدم العلمي والتكنولوجي في المجال الطبي والهندسـة الطبيـة؟ لا شك آنئذ في ضرورة تواجد عالم الاجتماع الطبـي فـي الساحة، وأهمية الإسهام الحيوي الذي يقدمه.

ولنضرب أمثلة بالمؤشرات المـستقبلية لازدهـار علـم الاجتماع الطبي في مجتمعنا المصري النامي، لنستشف منها مدى الحاجة الماسة إليه. فالمعرفة والتكنولوجيا الطبية تقـدم لبعض المرضى الآن وسائل طبية حديثة وأطرافًا صـناعية لتغير موقفهم المؤلم، فتقل حدة ظروفهم، ويزول بعض قلقهم أو عيوبهم التي كانت تعجزهم. ومن ذلك مثلاً تركيب ذراع أو رجل صناعية لمريض مبتور الذراع أو القدم. أو تزويـد مـريض آخـر بالعدسـات اللاصـقة Contact Lenses أو تطوير الأساليب الصناعية في التحدث بالنسبة لمرضـى سرطان الحنجرة. وفي كل هذه الحـالات تـساعد الأدوات والأطراف الجديدة المرضى فـي التغلـب علـى العجـز، ويضطلع الاجتمـاع الطبـي بتـدريبهم وتعويـدهم علـى استخدامها. كما يتصدر عمليات التأهيـل الفيزيقـي بتغييـر مهارات الشخص وبيئته حتى يتضاءل تأثير الإعاقة، ويقـل

ارتباك نمط الحياة. وبالتالي يؤكد واقعنا المصري على زيادة الاعتماد على الاجتماع الطبي في المستقبل.

ومن ثم فإن طبيعة البحث الاجتماعي الطبي تتطلب إجراء المزيد من البحوث والاستقصاءات الحديثة، وتبني وجهـات النظر المتعددة، والمداخل متعددة المتغيرات. وهنا لا ينبغـي على المتخصص في الاجتماع الطبي أن يتمكن من تخصصه فحسب، وإنما عليه أيضا تعويد نفسه علـى الخـوض فـي المشكلات التي يبحثها، والغوص في الأنشطة الوثيقة التـي تزاولها العلوم القريبة، والتعرف على الطرق والأساليب التي تكفل تعاونه مع العلوم الأخرى. وعلى سبيل المثـال، فـإن عالم الاجتماع الطبي المهتم بالفصام، ينبغي عليـه الإلمـام الواعي بتطورات التشخيص الطبي النفـسي، والخـصائص الوراثية في السكان، مثلما يلم بنظريـة التوافـق والطبقـة الاجتماعية، والأحداث المؤلمة وضغوط الحياة (70). وعلـى نفس النمط، فإن الباحث المهتم بعلـم الأوبئـة الاجتمـاعي لأمراض القلب والشريان التاجي، عليـه الإحاطـة الكاملـة بالحالة التي يدرسها، والعوامل غيـر الاجتماعيـة المهـددة

---

(70) David Mechanic, op. cit., p: 519.

إلى الفهرس

للصحة، والكثير من الحالات الأخرى. وهنا تظهر صعوبة انتهاج المدخل متعدد المتغيرات؛ مما يحتم المزيد من التعاون والتفاهم بين وجهات النظر المطروحة، وإلا ضاع إسهام الاجتماع الطبي.

ومن الواضح أن المداخل الاجتماعية، وإسهامات المتخصصين في الاجتماع الطبي، والعاملين والباحثين في الخدمات الصحية، تلعب دورا أكثر أهمية في نسق الرعاية الطبية عن ذي قبل. فقد زاد الاعتماد على الاجتماع الطبي في تطوير الابتكارات وتوسيع نطاقها في العلاج، وفي كيفية أداء الخدمات والرعاية الصحية من خلال أدوارهم في تصميم الابتكار، وإدخاله في المجتمع، وفي تقييمه بعد التطبيق [71]. وعلاوة على هذا، تتعدد أدوار الاجتماع الطبي في استثارة قدرات الناس من أجل تهذيب بيئتهم لتلائم احتياجاتهم وحياتهم، وتوجيه الاهتمام نحو صياغة الأفكار الاجتماعية الجديدة حول الصحة، وطرق التوعية الصحية للناس، وتطبيق تلك الأفكار. ولعله في هذه الأدوار يتاح للاجتماع الطبي فرص الإسهام الكفء، والمشاركة الفعالة

(71) Ibid, p. 520.

التي يضطلع بها دارسوه في إرساء الجديد، والأخذ به فـي المجتمع.

الفصل الثاني

جهود العلماء العرب في تأصيل علم الاجتماع الطبي [72]

مقدمة:

منذ العقد السابع من هذا القرن بدأ الاهتمام بعلم الاجتماع الطبي يتزايد، وينضج كمجال جديد مـن مجـالات بحـوث العلوم السلوكية. ومع ذلك فلا يزال هذا المجال الجديد يتميز بعدد من الاهتمامات والمداخل ووجهات النظر. وقد أصـبح العلم في السنوات العشر الأخيرة أكثر اختلافًا عن ذي قبـل، بفعل الحاجة المتزايدة إليه، وزيادة اهتمام المجتمع بمشكلات الرعاية الصحية، وأسلوب أدائها والـسياسة الـصحية [73]،

([72]) قدم المؤلف هذا البحث إلى "مؤتمر أعلام دمياط" الذي تنظمه كلية التربية بدمياط جامعة المنصورة، خلال الفترة من 4 إلـى 7 مـارس 1989، ونوقش في المؤتمر.

([73]) David Mechanic, Medical Sociology, op. cit., p. VII:

إلى الفهرس

أضف إلى ذلك أن تقدم المعرفة الطبية، وتكنولوجيا الطـب، وتزايد مسئولية الدولة عن الرعاية الصحية، وتحمل تكاليفها المرتفعة، يثير اهتمام البلدان المتقدمة والمتخلفة على السواء، بكيفية التنظيم الأمثل للقوى البـشرية والمـصادر الـصحية المحدودة في المجتمع [74].

والواقع أن المصادر العربية ترجع ظهور علم الاجتمـاع الطبي – كفرع متميز من فروع علم الاجتماع – في كل من أوربا والولايات المتحدة إلى الفترة التالية للحـرب العالميـة الثانية. وتؤكد نفس المصادر على أن جذور هذا الفرع ترجع إلى عام 1842 في إنجلترا، و1848 في ألمانيا، وفي نفـس هذا التاريخ تقريبا في سويسرا. أما الولايات المتحـدة فقـد ظهر فيها هذا العلم بعد الحرب وظهرت الدراسات الجادة في نطاقه خلال الفترة الممتدة من عام 1950 إلى 1960.

غير أن المصادر العربية الإسلامية تحوي إشارات عديدة وعميقة إلى علم الاجتماع الطبي عند العرب، ولا سيما عنـد الكُتاب القدامى وابن قتيبة الدينوري، وإخوان الصفا، وابـن

([74]) د. علي المكاوي، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الـصحية، مرجع سابق، ص 21.

إلى الفهرس

سينا والبغدادي والأزرق الذين عاشوا بعـد القـرن التاسـع الميلادي أمثال الأندلسي ابن عبد ربه، إبراهيم وغيرهم. وقد أنصب اهتمامهم على دراسة الجوانب الـصحية والوقائيـة للحياة الاجتماعية وبينوا أهميتها في حفـظ نـوع الإنـسان وتنظيم حياته اليومية، وتعويـده علـى ممارسـة الأنمـاط السلوكية، والأنشطة الاجتماعية اليومية ذات الطابع الصحي والوقائي [75]. وهي عموما دراسات ولمحات صـدرت فـي زمن يخلو من الأجهزة الحديثة والمعدات التكنولوجية التـي تساعد الباحث على الاكتشاف، كما لم تكـن توجـد معرفـة علمية تسمى "علم الاجتماع" لكي تدفع الكاتب العربـي إلـى تناول هذه الموضوعات ودراستها، وإنما كان هـذا الكاتـب يملك بالأحرى الحسي العلمي، والخبرات المتوارثة، والإيمان بالبحث العلمي لخير الإنسان، واقتران التماس العلم وطلبـه بالعبادة وطاعة ا [76]. وبهذا صارت هذه المعرفة الصحية

([75]) د. معن خليل عمر، نحو علم اجتماع عربي، مرجـع سـابق ص ص 281 – 283.

([76]) د. علي المكاوي، الخدمة الصحية في مصر، مرجع سـابق، ص 222.

إلى الفهرس

والوقائية – فيما بعد – ضوابط لسلوك الأفراد، ومرشدا نحو أنماط وأنساق صحية تعكس النظام الصحي فـي المجتمـع العربي.

وقد تطرق المفكرون العرب إلى تنـاول الموضـوعات الرئيسية ذات الصلة الوثيقة بما يسمى الآن علـم الاجتمـاع الطبي، فقد تناولوا الصورة الاجتماعية للطبيب، وصحة جسم الإنسان العامة، وتصنيف أمراض الجـسم حـسب فـصول السنة، ونظام الصحة الوقائية، والطابع الاجتماعي للممارسة الطبية، ونظم التعليم الطبي، ودراسة التنظـيم الاجتمـاعي للبيمارستان (المستشفى)... إلخ.

وهكذا نلاحظ أن علماء العرب قد سبقوا علماء الغرب في هذا المجال بقرابة عشرة قرون؛ حيث بدأ العرب في القـرن التاسع الميلادي على حين لم يتنبـه علمـاء الغـرب لهـذه الدراسات إلا في القرن التاسع عشر. ونحن لا نتباهى بـذلك تحت وطأة إفلاس فكري، أو تعويضا عن نـضوب العطـاء العربي للحضارة الحديثة – كما يقال – وإنما نقوله داعـين بإلحاح إلى تفحص تراثنا العربي الإسلامي والغـوص فـي

أعماقه لاستخلاص لآلئها، واستثمارها في تـدعيم العطـاء العربي من جديد، وتقويم الهوية العربية الراهنة.

أما تعريفنـا لعلـم الاجتمـاع الطبـي فهـو "الدراسـة السوسيولوجية لقضايا الصحة والمرض، وتناول المستـشفى كنسق اجتماعي وثقافي وفحص علاقة المريض بـ ـ ـالقوى العاملة الطبية وبالمؤسسات العلاجية، كمـا يحـددها البنـاء الاجتماعي والوضع الطبقي "[77]. فإذا كـان الطـب يهـتم بقضايا الصحة والمرض، وعلم الاجتمـاع يـدرس البنـاء الاجتماعي (المجتمع) فإن علم الاجتماع الطبي يمثـل حلقـة الوصول بين العلمين، الاجتماع والطب، بمعنى أنه يـدرس قضايا الصحة والمـرض فـي ضـوء علاقتهمـا بـالنظم الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والإدارية.

وفي ضوء ما تقدم، فسوف نتناول الموضوعات التالية:

أولاً: نبذة سريعة عن الطب العربي.

ثانيا: نظام التعليم الطبي.

([77]) د. علي المكاوي، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الـصحية، مرجع سابق، ص 32.

ثالثًا: الصورة الاجتماعية للطبيب ونظام العمل الطبي.

رابعا: الطابع الاجتماعي للممارسة الطبية.

خامسا: نظام الصحة الوقائية.

سادسا: صحة جسم الإنسان العامة.

سابعا: تصنيف أمراض الإنسان حسب فصول السنة.

ثامنًا: التنظيم الاجتماعي للبيمارستان (المستشفى).

أولاً: نبذة سريعة عن الطب العربي:

يبدو أن اشتغال العرب الطويل برعي الماشية قـد باعـد بينهم وبين طب الكهانة والخرافة، وقارب بينهم وبين طـب التجارب العملية، لأنهم راقبوا الحمل والولادة والنمـو ومـا يتمثل به من الأطوار الحيوية، وشرحوا الأجـسام فعرفـوا مواقع الأعضاء منها، وعرفوا عمل هذه الأعضاء في بنيـة الحيوان نحوا من المعرفة السليمة، فاقتربوا من الإصابة في تعليل المرض والشفاء [78].

([78]) عباس محمود العقاد، أثر العرب في الحضارة الأوروبية، القاهرة، ص 36.

وقد ساعدت البيئة العربية الصافية ذات الأعشاب الطبية وبعض المناطق الرعوية بشبه الجزيرة العربية على إقامة الطب العربي القديم، على أساس تجربة بعض النباتات والأعشاب في العلاج [79]. ولهذا فقد كان أبرز خصائص الطب العربي – قبل ظهور الإسلام – اهتمامه بالتجربة وبخاصة تجربة هذه الأعشاب والنباتات الصحراوية، واستخدامها في علاج بعض أمراض البيئة الصحراوية بشبه الجزيرة العربية.

لقد كان من الطبيعي أن يكون الطب عند العرب من البضائع التي لا خيار للفرد إلا أن يلجأ إلى استخدامها ليقي به نفسه من الأمراض. وقد توصل الأعراب إلى المعلومات الطبية بالمشاهدة والتجربة – كما سبق – فعرفوا بعض الأمراض بالمقارنة إلى ما يظهر على ماشيتهم أو على صحرائهم من تغييرات مألوفة. فأطلقوا على الحالة التي سموها "الجدري" هذا الاسم لأن بثور هذا المرض تشبه ما

---

[79] د. عامر النجار في تاريخ الطب في الدولة الإسلامية، دار الهداية، القاهرة، 1986م. ص 41.

تطرأ من السلع [80] على أعناق الإبل، أو النتـوءات التـي تظهر على سطح الأرض إذا جدرت؛ أي إذا ارتفعـت فـي بعض مواضعها بسبب اندفاع النبت مـن تحتهـا. وعرفـوا الحصبة أيضا، وأخذوا اسمها من الأرض الحصباء؛ أي ذات الحصى الناتئة على أديمها. وسموا الصفرة التي تطفح علـى البشرة وبياض العين (اليرقان)، وهي الصفة التي يطلقونهـا على الزرع المصفر. وسموا (الطاعون) بهذا الاسـم لأنـه إصابة كالطعنة القاتلة وعرفوا احتباس البول فـي المثانـة، وأطلقوا عليه مصطلح "الأسر" أي الاحتباس. كذلك سموا ألم الرأس (بالصداع) لأن المصاب به يحس وكأن رأسه "يصدع" أي يفلق قطعتين من شدة الألم. وسـموا الـصداع النـصفي "الشقيقة" لأنها تصيب أحد شقي الرأس، وليس شقيه فـي آن واحد.. إلخ.

([80]) "السلعة" زيادة تحت الجلد غير مؤلمة، وهي تشير إلى تورم غدي. انظر التفاصيل في:

د. كمال السامرائي، مختصر تاريخ الطب العربي، ج1، دار الحريـة للطباعة، بغداد، 1984، ص ص 230 – 232.

إلى الفهرس

وفي ضوء ما توصل إليه العرب من معرفـة وممارسـة طبية، أثار ميدان الطب العربي استطلاع الناس سواء كـانوا متخصصين أو غيرهم؛ حيث رأينا عددا من المؤلفات العربية والأجنبية تهتم بهذا الموضوع. وكان من بين هذه الكتب مـا وضعه المستشرقون (أمثال لوكليرك – رونـو – كـولان – ريسلر – ما يرهوف وبراون وغيرهم) عـلاوة علـى مـا وضـعه الأطبـاء العـرب ذاتهـم فـي صـورة كتـب ومخطوطات[81] أو في صورة أراجيز [82].

([81]) انظر التفاصيل الجامعة حول هؤلاء الأطباء العـرب ومؤلفـاتهم وإسهامهم الطبي في المصدر التالي:

موفق الدين أبي العباس السعدي الخزرجي المعروف بابن أبي أصيبعة، عيون الأنباء في طبقات الأطباء، تحقيق وشرح الدكتور نزار رضـا، دار مكتبة الحياة، بيروت، د. ت، الأبواب من السابع حتـى الخـامس عشر.

([82]) "الأراجيز" جمع أرجوزة وهي وزن خـاص خفيـف مـن أوزان الشعر العربي، كان العلماء القدامى يستعملونه لتشجيع ذاكرة الطـلاب على الحفظ. ومن المعلوم أنه نفس الوزن الذي نظمت عليه أرجـوزة سعيد بن عبد ربه. والرازي، وابن سينا وابن طفيل. انظر على سـبيل المثال:

إلى الفهرس

أما المجالات التي أسهم فيها الطب العربي وطرقها فهـي عديدة ومتنوعة تحيط بأمراض الجسم البشري ككل تشخيصا وعلاجا. ولذلك برع الأطباء العرب فـي علـوم التـشريح والجراحة والولادة وأمراض النساء وجراحتها، والأمـراض الباطنية والأمـراض العقليـة والنفـسية وطـب الأطفـال، والأمراض المعدية (الوبائية) والكحالة (طب العيـون) [83].
ولن يتسع المقام لشرح هذه المجالات وتوضيح إسهام العرب فيها.

الأرجوزة الشقرونية، الهيئة المصرية للكتاب، القاهرة، 1984، د. بدر التازي. الطب العربي في القرن الثامن عشر من خلال ص 14.

([83]) لتغطية هذا الموضوع نوصي بالرجوع إلى:

د. كمال السامرائي، مرجع سابق، الأقسام من الثالث إلى السابع.

د. محمود الحاج قاسم محمد، الطب عند العرب والمـسلمين: تـاريخ ومساهمات، الدار السعودية للنشر والتوزيع، جدة، 1987م/ 1407هـ، ص ص 97 – 311.

د. محمد كامل حسين، الموجز في تاريخ الطب والصيدلة عند العرب، المنظمة العربية للتربية والثقافـة، القـاهرة، د. ت، ص ص 201 – 205.

ثانيا: نظام التعليم الطبي:

كان العرب أول من أنشأ مدارس الطب والمستشفيات على الأسس المعروفة الآن. ولذلك فإن أُسس التعليم الطبي تعتمد على المستشفيات كمؤسسات صحية وتعليمية في آن واحد. وفي هذا الصدد يؤكد الطبيب العربي المشهور علي بن العباس على ضرورة العمل في مستشفى بصورة منتظمة، ويقول لدارس الطب [84]: "ومما ينبغي لطالب هذه الصناعة أن يكون ملازما للبيمارستانات ومواضع المرض، كثير المداولة لأمورهم وأحوالهم مع الأستاذ من الحذاق من الأطباء، كثير التفقد لأحوالهم والأعراض الظاهرة فيهم، متذكرا لما كان قد قرأ من تلك الأحوال، وما يدل عليه من الخير والشر. فإنه إذا فعل ذلك، بلغ من هذه الصناعة مبلغًا حسنًا، فلذلك ينبغي لمن أراد أن يكون طبيبا فاضلاً، أن يتخلق بما ذكرنا من الأخلاق، ولا يتهادن بها، فإنه إذا فعل ذلك كانت مداواته للمرض مداواة صواب، ووثق به الناس،

([84]) إدوارد جي براون. الطب العربي، ترجمة د. داود سليمان علي، ط2، دار الشئون الثقافية العامة، بغداد، 1986، ص 57.

إلى الفهرس

ومالوا إليه ونال المحبة والكرامة منهم والذكر الجميل، ولـم يعدم مع ذلك المنفعة والفائدة من قبلهم".

والواقع أن علم الاجتماع الطبي يهتم حـديثًا بموضـوع الدافعية للالتحاق بالعمل الطبي، ولكننا نجد لمسات واضـحة للعلماء العرب في تناول هذا الموضوع منذ العصر الأمـوي الذي يبدأ بخلافة معاوية بن أبي سفيان (41 – 60هـ/ 661 – 680م)؛ حيث بداية التفاتة العرب على المستوى الرسـمي إلى دراسة العلوم الدنيوية – ومنها علم الطب – التي كانـت تزخر بها البلاد التي افتتحوها وخضعت لحكمهم، وخصوصا الناطقة باليونانية. وكانت الإسكندرية وأنطاكية وجند يسابور مراكز ثقافية في العلوم عامة، والطب خاصة [85]. وبالتـالي اعتمد الخلفاء الأمويون على الأطباء الأروام في هذه المدن، فكانوا بذلك أول الحكام العرب الذين أدخلوا الأطباء الأعاجم إلى حاشيتهم. ولما لمس شباب الشام مـا يكـسبه الإنـسان المزود بالثقافة والصناعة الطبية، تطلعوا إلـى اقتنـاء تلـك

([85]) د. كمال السامرائي، مختصر تاريخ الطب العربي، مرجع سابق، ص 291.

إلى الفهرس

المعارف، والارتحال إلى مراكزها للتزود منها والانخـراط في ممارستها.

والملاحظ على التعليم الطبي – منذ منتصف القرن الثالث الهجري – أنه بدأ يركز علـى الأخـذ بالأسـاليب العلميـة والاهتمام بالتجريب الطبي، وتحضير الأدوية المستعملة فـي علاج بعض الأمراض معمليا. وقد نشأت مدارس الطب في العالم الإسلامي وكان التدريس فيها على منهجـين، مـنهج نظري في المدارس الطبية، ومنهج عملي للتدريب والتمرين يجتمع فيه الطلاب حول رئيس الأطباء، فيرون كيف يفحص المرض، وما يصف لهم من العلاج [86] وإذا اجتاز الطـلاب مـدة الدراسـة تقـدموا للامتحـان ثـم أقـسموا اليمـين "عهد أبو قراط" ونالوا الشهادة. ثم إذا هم بـدءوا ممارسـة التطبيب كانوا دائما تحت رقابة الدولة.

أما في بداية العصر العباسي (133 – 287هـ/ 750 – 900م) وفي العصر الذهبي للعباسـيين (287 – 700هـ ـ/ 900 – 1300 م) ظهـرت حركـات الترجمـة والتـأليف

([86]) د. عامر النجار. في تاريخ الطب في الدولة الإسـلامية، مرجـع سابق، ص 74.

إلى الفهرس

والإبداع العربي في الطب، وبالتالي ثراء مساهمات العـرب المسلمين في علم الاجتماع الطبي. ففي هذه الفترات تطورت أساليب التعليم الطبي، وزادت الرقابة على الأطباء والصيادلة وإجازتهم، واختبارهم في الممارسة الطبيـة، عـلاوة علـى مراقبة مدى تمسكهم بالإرشادات والتعـاليم الطبيـة.. إلـخ. وسنذكر أمثلة سريعة على هذه الإسهامات كما يلي:

1- أساليب التعليم الطبي: ابتكـر الأطبـاء العـرب أساليب التحاق (الجلوس حلقات أو صفوف ترتب كل حلقـة وفق أقدميتها في التعليم الطبي وخبراتها وتجاربها). وكـان أبو بكر الرازي (251 – 313هـ/ 865 – 925م) أول من ابتكر هذا الأسلوب التعليمي المتميز؛ حيث يجلس في حلقـة تعليم الطب، ودونه تلاميذه المتقدمون، ودونهم تلاميذهم، ثم آخرون مبتدئون [87]. فكان يجيء المريض، فيصف ما يجد

---

(87) د. سامي حمارنه، الصناعة الطبية في العصر الإسلامي الذهبي، مقال بمجلة عالم الفكر، المجلد العاشر، العدد الثاني، يوليو – سـبتمبر 1979. ص ص 304 – 305 . وانظر كذلك:

ابن أبي أصيبعة، عيون الأنباء، مرجع سابق، ص ص 414 – 424.

لأول من تلقاه (صف المبتدئين) فإن كان لهم علم به فحسن، وإلا فتعداهم إلى المتقدمين، فإن أصـابوا، وإلا تكلـم إلـى الرازي في ذلك. وهو أسلوب في غاية الأهمية لفائدة المتعلم وإرشاد المعلم في مهمته؛ مما يلجأ إليه في زمننا في العيادات الخارجية والطوارئ في مركز الإسعاف والمستشفيات العامة والمتخصصة الكبيرة. وتحوي هذه العملية ما يندرج في علم الاجتمـاع الطبـي تحـت مفهـوم التنـشئة الطبيـة Medicalization وكان الرازي مثـال الطبيـب الكـريم الفاضل، دائب العمل والـدرس، مترفعـا بالنـاس، واسـع الإحسان لمرضاه.

2- الرقابة على الأطباء والصيادة: بـدأت الرقابـة على الأطباء والصيادلة وإجازتهم لممارسة المهن الطبية، مع الخليفة العباسي المقتدر با (خاصة منـذ سـنة 219هــ/ 921م)؛ حيث كان أول من فرض على الأطباء تأدية امتحان

- د. محمود الحاج قاسم، الطب عند العـرب، مرجـع سـالف الذكر، ص ص 71 – 74.
- د. كمال السامرائي، مختصر تأريخ الطب العربي، مـصدر سابق، ص ص 497 – 527.

إلى الفهرس

للحصول على إجازة تخولهم ممارسة المهنة، بعد أن أخطـأ أحد المتطببين – " المتمرنين" الذين لا يحملون إجازات – في معالجة رجل من العامة فمات الرجل. وهبـا أمـر الخليفـة المقتدر ألا يتصدى أحدهم لمعالجة الناس إلا إذا أدى امتحانًا. وعهد إلى سنان بن ثابت بن قرة – الطبيب العربي المتـوفى في بغداد عام 942م – أن يقوم بامتحانهم وتثبيت من يصلح منهم، ومنع من لا يصلح لضعف علمه [88]. وقـد نظمـت الرقابة على الأطباء منذئذ، وكان يـضطلع بهـا مـأمورون يسمون "بالمحتسبين".

3- اختبار مدى كفاءة الأطباء واستعداداتهم الطبية:

ينبغي على الأطباء أن تكون لديهم كـل آلات وأجهـزة الطب، وأن تتوافر لديهم المعلومات الطبية واستيعاب كتـب

([88]) د. فهيم أبادير من تاريخ الطب عند العرب، المؤسسة المـصرية للأدوية، القاهرة، د. ت، ص ص 45 – 46. وقد امتحن سـنان فـي نواحي بغداد وحدها قرابة تسعمائة من المتطببين. أما الذين كانوا ذوي تقدم وشهرة فلم يمتحنهم. انظر التفاصيل في:

د. عامر النجار. في تاريخ الطب في الدولة الإسلامية، مرجع سـابق، ص 74.

الأساتذة والرواد في هذا المجال. وكان "المحتسب" هو الـذي يتولى امتحان الأطباء ومتابعة مـدى اسـتعداداتهم الطبيـة. ولذلك يمتحنهم في كتاب حنين ابن إسحاق المعروف "بمهنـة الطب"، ويمتحن الكحالين (أطباء العيون) في كتـاب حنـين أيضا المعنون "بعشر مقالات في العين"، ويختبر المجبـرين (أطباء العظام) في معرفتهم حول الهيكل العظمي وعظامـه البالغة 248 عظمة، وصورة كل منها وقدره... إلخ [89]. أما الجراحيون فكان المحتسب يمتحنهم في الجراحة والمـراهم والتشريح والأعصاب والمعدات والأجهزة الطبية.

4- اتباع الإرشادات والتعاليم الطبية: أفـرد الأطبـاء العرب قدرا كبيرا من اهتمامهم – فـي التعلـيم الطبـي – للإرشادات والنصائح الموجهة للأطباء، حتى أن بعضهم ألف كتبا تحمل نفس العنوان مثل كتاب "مرشد الأطباء" للطبيـب إسحق بن سلمان الذي عاصر ابن الرازي، ونبغ فـي طـب العيون (855 – 955م). وقد حوى هذا الكتاب كثيـرا مـن النصائح والإرشادات للأطباء، وهي تُمثل المحور الاجتماعي

([89]) د. فهيم أبادير، المرجع السابق، ص ص 46 – 47.

والثقافي للتعليم الطبي، وتدخل ضـمن مـا يـسمى حـديثًا بأخلاقيات مهنة الطب" يقول إسحق للأطباء(90): "إذا ما حل بزميل لك ضر فلا تذكره بسوء، فإن لكل امـرئ سـاعته. ولتكن كفاءتك وحسن خلقك رائدك الوحيد للرفعة والمجـد. ولا تحاول أن ترتفع بإذلال الغير، ولا تهمل زيارة الفقـراء وعلاجهم؛ إذ ذلك أرفع قدرا من أي عمل آخـر. وواسـي المتألم وشجعه وعلله بالشفاء حتى ولو كنت متأكدا من عـدم حدوثه، فربما ساعدت بتقوية روحه المعنوية على برئه".

ومن الوصايا المأثورة عن يعقوب بـن إسـحق الكنـدي للأطباء: "ليتق ا تعالى المطبب، ولا يخاطر فلـيس عـن الأنفس عوض، وكما يحب أن يقال إنه كـان سـبب عافيـة المريض وبرئه، كذلك يحذر أن يقال إنه كـان سـبب تلفـه وموته". وقال أيضا: "العاقل يظن أن فوق علمه علمـا فهـو يبدأ متواضع لتلك الزيادة، والجاهل يظن أنه تناهى فتمقتـه النفوس لذلك". (91)

([90]) المرجع السابق ، ص ص 45 – 46 .

([91]) كان يعقوب طبيبا عربيا بارزا، ألف واحدا وعشرين كتابـا فـي الطب. راجع التفاصيل في:

إلى الفهرس

ويعزي إلى أبي بكر الرازي الفضل في مقاومـة الـرأي السائد بين الأطباء في ذلك الوقت بأهمية البول في تشخيص الأمراض، حتى أنهم كانوا يكتفون بفحص البول لمعرفة نوع المرض، ووصف العلاج دون رؤيـة الطبيـب للمـريض. ويروى أن امرأة توجهت إلى منزل أحد كبار أطباء العـرب ومعها قارورة بها بول مريض تبغي الكشف عليـه – كمـا جرت العادة – فقلبها أحد تلاميذ الأستاذ في صـحن الـدار وأخبرها بعد أن شاهد العينة بأنها لمريض مسيحي أكل عدسا في اليوم السابق لحضورها، وبأنه يقطن في حي أسماه لهـا، فأمنت المرأة على كلامه وأخذت العـلاج ونقدتـه الأجـر وانصرفت. ولما علم الطبيب الكبير استدعى تلميذه وتعجـب من كيفية وصوله إلى هذه المعلومات التي يعجز هـو عـن الوصول إليها. فأجابه التلميذ: علمت أنه مسيحي من الرسوم التي تزين لفافة القارورة، وخمنت أنه تناول العدس كطعـام

- ابن أبي أصيبعة، عيون الأنباء.. مرجع سابق، ص ص 285 – 293.
- د. فهيم أبادير، الطب عند العرب، مرجع سابق، ص ص 45 – 46.

في اليوم السابق لأن المـسيحيين يـصومون يـوم الجمعـة ويتناولون فيه العدس. وعرفت الحي من تراب حذاء المرأة. وهذا يدل على دقة ملاحظة التلميذ، إنمـا لـم تجمـل هـذه الطريقة في عين أستاذه؛ إذ قال له: يؤسفني أنني لن أبقيـك معي لأن فن الشفاء علم رزين، يضير المشتغل به اسـتعمال الطرق المعوجة" [92].

ثالثًا: الصورة الاجتماعية للطبيب ونظام العمل الطبي بين الأطباء المتخصصين فـي فـروع الطب المختلفة:

تناول العلماء العرب الصورة الاجتماعية للطبيـب فـي التخصصات الطبية المختلفة، فمنهم الأطباء الباطنيون ومنهم الجرائحيون (الجراحون) والأسـنانيون (أطبـاء الأسـنان)، والمجبرون (أطباء العظام) والكحـاليون (أطبـاء العيـون) والمطببون للجنون (أطباء الأعصاب) والمتخصـصون فـي

([92]) د. فهيم أبادير، المرجع السابق، ص 38.

علاج النساء وغيرهم [93]. ولم يكن التخصص الطبي قاصرا على الأطباء من الرجال فحسب، وإنما امتد لتـشارك فيـه النساء أيضا؛ حيث مارست نساء العـرب صـناعة الطـب والمداواة منذ فجر الإسلام [94]. كذلك ساهمت النـساء فـي مساعدة الطبيب في عمله، فقد جاء أن الزهراوي كان يقـف خلف ستار خفيف ويعطي إرشاداته المناسـبة للقوابـل فـي الحالات العسرة، هذا بالإضافة إلى براعة نساء العرب فـي فن التمريض في مختلف العصور، وإن كانت ممارسـاتهن تجمع بينه وبين الطب ذاته.

والواقع أن العلماء العرب تنـاولوا المكانـة الاجتماعيـة للطبيب، وهي محور بالغ الأهمية في علم الاجتماع الطبـي في الوقت الراهن، وفي هذا الشأن نظروا للطـب باعتبـاره حاجة يطلبها كل إنسان في كل زمان ومكان، وبالتالي فهـم يؤكدون على مـا نـسميه اليـوم "الـسيادة المهنيـة " [95]

([93]) محمد كامل حسين وآخرون، مرجع سابق، ص 229.

([94]) د. علي المكاوي، الخدمة الصحية في مصر، مرجع سـابق، ص 223.

([95]) د. علي المكاوي، المرجع السابق، ص ص 55 – 57.

لمهنة الطب في ضوء هـذه Professional Dominance الأهمية. ولذلك كان للطب مكانة ذات شرف وحـشمة بـين مجتمعات العرب – حتى فيما قبـل الإسـلام – كمـا كـان للأطباء مركز محترم ليس أدنى من مركـز شـيخ القبيلـة وحكيمها الروحي [96]. إضافة إلى ذلك فالأطباء هم دوما من سادة القوم وألبائهم وخطبائهم، ومن يوفد منهم إلى الملـوك. إنهم إذن يمثلون الصفوة Elite الاجتماعيـة فـي المجتمـع العربي.

ومن ناحية أخرى حوى التراث العربي الإسلامي حـول الطب نظم العلاج المتكامل والاستشارات الطبية. فـالمريض كان يعالج في بيته أو في حـانوت الطبيـب. فكـان ثمـة صيدلاني – إلى جانـب ذلـك الحـانوت – لـدق الأدويـة وتحضيرها بحسب الوصفة التي يحملها المريض من طبيبه. أما العلاجات اليدوية بغير العقاقير فيحيلهـا الطبيـب إلـى زملائه المختصين بها، وأكثر تلك العلاجات اليدويـة هـي القصد والحجامة التي كانـت تـستطب هـي والمـسهلات

([96]) د. كمال السامرائي، مرجع سابق، ص 230.

إلى الفهرس

والمقيئات للأصحاء بقدر ما تستطب للمرضاء، إن لم يكـن أكثر من ذلك [97].

كذلك تضمن التراث العربي عن نظام العمل الطبي لمحات اجتماعية عديدة. فقد عرف العرب مدرسـة جنـد يـسابور الطبية التي أنشأها كسرى فـي منتـصف القـرن الـسادس الميلادي، وتخرج فيها بعض أطبائهم كالحارث بن كلدة الذي عاش في عصر النبي ﷺ [98]. ومن ناحية أخرى فقد عمـم العرب الخدمات الصحية لجميع القطاعات الاجتماعيـة فـي المجتمع العربي بما فيها السجون؛ حيث كان الأطباء يطوفون كل يوم على السجناء لعلاج المرضى منهم.

ولقد كان نظام العمل الطبي يتـضمن عمليـات فحـص المريض وتشخيص مرضه ووصف العلاج المقـرر. أمـا فحص المريض فقد كان يجري في داره – حـين اسـتدعاه الطبيب – أو في البيمارستانات فإذا كان فـي البيمارسـتان

([97]) ابن أبي أصيبعة، عيون الأنباء، مرجع سابق، ص 180.

([98]) د. مصطفى السباعي، مـن روائـع حـضارتنا، ط4، المكتـب الإسلامي، بيروت، 1985، ص ص 138 – 139.

استقبله أحد الطلاب، فإن صعبت حالته عليه، عرضها علـى من هو أقدم ثم أقدم ثم للأستاذ [99].

والملاحظ أن الأطباء العرب أفاضوا فـي وصـف دور الطبيب Phyisician Role وعلاقـة الطبيـب بـالمريض Doctor Patient Relationship وهي ما يـدخل ضـمن اهتمامات علم الاجتماع الطبي في الوقت الراهن. فالطبيـب عندما يفحص المريض، فإنه يحدق في وجهـه أول الأمـر ليرى ما إذا كانت على وجهه علامات إنذار سيئ [100]، فإذا

([99]) الملاحظ أن التعليم الطبي كان يتم في أروقة هذه البيمارسـتانات الإسلامية، على حين كانت الجامعات الأوربية – كجامعة كمبردج على سبيل المثال – تفتقر إلى مستشفى حتى القرن الثامن عشر، ولم يتحقق التعليم إلى جانب المريض إلا في منتصف القرن المذكور راجع:

د. سليمان قطانة، الطب العربي، مقال بمجلة عـالم الفكـر. المجلـد العاشر، العدد الثاني، الكويت يوليو – سبتمبر 1979، ص ص 292 – 293.

([100]) كان الأطباء في بلاد الرافدين ثلاثة أنواع: أولها: الكاشف وهـو الخبير بتشخيص المرض، والأخبار بما ستؤول إليه الحالة، وهو الذي يستدعي أولاً لزيارة المريض، ويعتمد على الوسائل الروحانية والبيئية والسريرية ويصدر حكمـه فـي التـشخيص والإنـذار، ويتـرك==

إلى الفهرس

وجد أعلام الأهل، وإلا تقدم من المريض فيسلم عليه، ويبـدأ الفحص بالتأمل فينظر هل هو جالس أم متمدد، هـل يقـوم بحركات عصبية في يديه ورجليه، هل ينظر بذكاء وانتبـاه، هل يدير ظهره للضوء أو يستقبله؟ وينظر أيضا فـي نفـسه ولونه وطريقة كلامه. أما علاقة الطبيـب بـالمريض فهـي علاقة هادئة ودية؛ حيث يبدأ بالتحدث مع المريض ويـسأله عن حاله وكيفية ظهور دائه (الاسـتجواب). عندئـذ يبـدأ الفحص بعد نزع بعض ملابس المريض، والفحـص يعتمـد على الجس والقرع، ثم فحص النبض بدقة، وينتهي الفحـص

==المعالجة للآسي، والآسي هو النوع الثاني المهتم بالجزء المادي من الطب؛ حيث يصف الدواء أو يحضره وينصح باستعماله، والثالث: هو الجراح وهو الطبيب الذي يجري جراحة لعلاج المريض. انظر حـول الإنذار في الطب:

- د. عبد اللطيف البدري، التـشخيص والإنـذار فـي الطـب الآكدي، المجمع العلمي العراقي، بغداد، 1976.
- د. محمود الحاج قاسم، الطب عند العرب، مرجع سابق، ص ص 18 – 19.
- د. عبد اللطيف البدري، من الطب الآشوري، المجمع العلمي العراقي، بغداد، 1976، ص ص د – ر.

إلى الفهرس

بمعاينة البراز أو القيء أو التقمع، وخاصة فحـص البـول وكانت له أهمية كبيرة.

ولكل دور من أدوار الفحص أصـول مدروسـة دقيقـة وقواعد يجب احترامهـا، وهـي قواعـد الـدور المهنـي للطبيب[101]. وبعد ذلك يعمد الطبيب إلى كتابة وصفة طبيـة ليذهب أهل المريض لشرائها من الـصيدلي، إلـى جانـب نصائح مختلفة؛ إذ كان الأطباء العرب يولون علـم الـصحة العامة أهمية كبيرة، كرسوا لها الكُتب الكثيرة وتعتمد أغلبهـا على الاعتدال في كل الأمور [102]. أما الأدوية فكان أغلبهـا ذا أصل نباتي، وتأتيهم من جميع بلاد العـالم. ولقـد كتبـوا الكثير من الكتب المختصة التي تسمى "بالأقرباذينات".

وبالإضافة إلى ذلك فقد ابتكر الأطباء العـرب أسـاليب علاجية جديدة، وكان أبو بكر الرازي – على سبيل المثال – رائدا في هذا المجال؛ حيث أدخل في الصيدلة الملينات وطبق

([101]) د. علي المكاوي، الخدمة الصحية في مصر، مرجع سابق، ص ص 55 – 58.

([102]) د. سليمان قطانة، الطب العربي، مرجع سابق، ص ص 292 – 293.

في الطب المركبات الكيماوية، واستخدم الزئبق فـي عـلاج الأمراض الجلدية، وسبق إلى الاهتمام بالأحوال النفسية فـي تشخيص الأمراض الباطنية وعلاجها. وكذلك كان له فـضل السبق في استخدام الماء البارز في الحميات، وأول من كشف "البول السكري"؛ إذ كان يطلب إلى المريض الذي يشتبه فيه أن يبول على رمل وينتظر قليلاً، فإذا اجتمـع النمـل فـوق الرمل، دل هذا على أن البول سكري.

كذلك كان الرازي يجـري التجـارب علـى الحيوانـات كالقردة، وعلى نفسه في بعض الأحيان، وعلى المرضى في أحيانٍ أخرى. ومن الأمثلة على النوع الثاني قوله: "جربـت في نفسي ورأيت أن أجود ما يكون أن سـاعة مـا يحـس الإنسان بنزول اللهاة (الـزور) والخوانيـق (اللـوزتين) أن يتغرغر بخل حامض قابض مرات كثيرة"[103]. ومن أمثلـة النوع الثالث أنه لكـي يتأكـد مـن أثـر القـصد لعـلاج

([103]) د. عامر النجار، في تاريخ الطب، مرجع سبق ذكـره، ص 91.
وانظر أيضا:

- أبن أبي أصيبعة، عيون الأنباء، مرجع سالف الذكر، ص ص 414 – 424.

السرسام[104]. قسم مرضاه إلى مجموعتين يداوي إحـداهما بالقصد والثانية لا يفصدها، ثم يراقب النتيجـة ويـضبطها. ولذلك يقول عن حالة تؤشر بقرب الإصابة بمرض السرسام "فمتى رأيت هذه العلامات فافصد في العـضد، فـأني قـد خلصت جماعة به، وتركت متعمدا جماعة أستدني بذلك رأيا فسرسموا كلهم".

رابعا: الطابع الاجتماعي للممارسة الطبية:

اصطبغ الطب العربي بالصبغة الإنسانية المتميزة، التـي أملتها التقاليد العربية والشريعة الإسلامية، وخـصوصا فـي مجانية التطبيب والتعاطف مع الفقراء والعجزة والمجـانين، وقد غلب هذا الطابع الإنساني الاجتماعي علـى الممارسـة الطبية في جميع البيمارستانات الإسلامية [105] علاوة علـى زيادة عدد الأطباء العاملين فيها بالنسبة لعدد السكان، وإن كنا

([104]) "السرسام" كلمة فارسية تعني المرض أو الورم في جيب الدماغ. للمزيد من التفاصيل راجع المرجع السابق، ص ص 92 – 93.

([105]) د. كمال السامرائي، مختصر تاريخ الطب العربي، مرجع سابق، ص 375.

إلى الفهرس

نفتقد الإحصاءات السكانية، إلا أن عدد الأطباء فـي بغـداد وحدها وصل إلى ما يزيد على ستمائة وثمانين طبيبا، كمـا ورد في أخبار حكم الخليفة المقتدر (295 – 320هـ/ 908 – 932م).

والواقع أن إسهامات العرب في علـم الاجتمـاع الطبـي تتجلى في هذا المجال في إضفاء الطابع المؤسسي على مهنة الطب، وهو ما يعني في علم الاجتماع بالتـشكل النظـامي Institutionalization ولذلك خضعت الممارسـة الطبيـة لإشراف الحكام، فيطلعون على أعمال الأطباء ومعـاملاتهم للمرضى، وإخلاصهم للصنعة، وصدق ممارسـاتهم فيهـا، ونصبوا عليهم (رئيسا) هو غالبا أحد أطبـاء الخليفـة مـن الأكفاء في الأداء المهني. وبالتالي كان هذا التنظـيم بمثابـة انضباط مهني يحافظ على أداء المهنة والالتـزام بتقاليـدها وأداء واجبات الدور فيها.

كذلك نصب الخلفاء العباسيون محتسبا علـى الأطبـاء. ولكن يبدو أن هذه الوظيفة كانت تخص الجانـب الإنـساني والديني من صناعة الطب، أما وظيفـة رئاسـة الأطبـاء – سابقة الذكر – فهي مهنية خالصة. والدليل علـى ذلـك أن

الخليفة العباسي المعتضد لم يعين صديقه الحميم ثابت بن قرة رئيسا لأطباء بغداد، بل عين (غالبا) في هذا المنصب لأنـه أقدر في ممارسة الطب من ابن قرة. كما أن الخليفـة أنـاط برئيس الأطباء – لا المحتـسب – امتحـان الأطبـاء فـي معلوماتهم الطبية، ليمنع من يفشل في هـذا الامتحـان مـن ممارسة المهنة [106].

وقد ظهر في عصر النهضة الفكرية العباسي إضافة لقب ثالث (الأسـتاذ المتميـز) إلـى لقبـي (رئـيس الأطبـاء) و(المحتسب). ويطلق هذا اللقب الثالـث علـى مـن تبـرز أسماؤهم في هذه الصناعة، وعلى الأسـاتذة الأقـدمين فـي تعليمها. وبالتالي نلاحظ من جديد إسهاما آخر للعلماء العرب في علم الاجتماع الطبي يتجلى في تحسين الوضع الاجتماعي للطبيب، ومحاولة تميزه بخلع ألقاب التعظيم عليه. وإذا كـان هذا اللقب لا دخل له بالأمور الحكومية والإداريـة، إلا أنـه

([106]) ابن أبي أصيبعة، عيون الأنباء، مرجع سـابق، ص ص 302 – 304 وانظر أيضا:

- د. كمال السامرائي، المرجع السابق، ص ص 275 – 377.

عرفي يخلعه ذوو المهنة على من يـستحق هـذه المرتبـة المعنوية السامية.

ومن ناحية أخرى حرصت الدولة العباسية علـى تعمـيم الخدمات الصحية على السواد والأرياف. ولذلك حوى التراث العربي الإسلامي لمحات عديدة حول هذه السياسة الـصحية، وهي ما يندرج حاليا تحت اهتمامات علم الاجتمـاع الطبـي ودراساته. وفي هذا يقول ابن أبي أصيبعة إن الوزير علـى بن عيسى الجراح أصدر أمرا للطبيب سنان بن ثابت يطلـب منه أن يوجه إلى السواد والأرياف أطباء، ومعهم خزانـات الأدوية والأشربة، ويقيمون في كل موقع منه مدة ما تـدعو إليه الحاجة إلى مقامهم، ويعالجون من فيه، ثم ينتقلون إلـى غيره [107]. وهذه الخدمة الصحية تماثل تماما ما يعرف فـي هذا اليوم بالمستوصفات أو العيادات المنتقلة. ولقد تحققت في خلافة المقتـدر بـا (295 – 320هـ ـ/ 908 – 932م) عنايات واهتمامات خاصة بالـشئون الـصحية للمـواطنين. والفضل في ذلك يرجع إلى الخليفة المقتدر وأمه شغب (التي

([107]) نفس المرجع السابق، ص 343.

إلى الفهرس

أصدرت أمرها في سنة 306هـ/ 918م ببناء بيمارستان السيدة في بغداد نسبة إلى لقبها) وإلى طبيبها سنان بن ثابت، فتوفرت الخدمات الصحية لجموع الناس والطبقات حتى أولئك الذين أغلقت عليهم أبواب السجون؛ إذ كان لهؤلاء أطباء يطوفون عليهم ليتفقدوا راحتهم، ويستمعوا إلى شكوى المرضى منهم.

ولعل ما يؤكد على شيوع الخدمات الصحية أمام جميع طبقات الشعب، أن هذه الخدمات امتدت لتشمل كل أرجاء المجتمع العربي الإسلامي، وكل المرضى الذين يلجئون إلى البيمارستانات. فقد كان البيمارستان يقبل كل مريض يحتاج للمعالجة بغض النظر عن لونه أو دينه أو مقامه ذكرا كان أو أنثى. ويعالج المريض مجانًا طيلة بقائه في المستشفى، وعند شفائه ومغادرته لها يعطى بدلة من الثياب ومبلغًا من النقود يكفيه العوز إلى أن يصبح قادرا على العمل. أما الذي يموت في البيمارستان، فإنه يجهز ويدفن على حساب البيمارستان ذاته، وتُسدد مصاريف المستشفى كلها من الأوقاف الخاصة بها، لأن إيراد هذه الأوقاف كثير وكاف للقيام باحتياجات المستشفى جميعها. وعلى سبيل المثال، كان

المستشفى المنصوري وحده يستهلك سنويا ما قيمته مليـون درهم.

والجدير بالذكر أن الأطباء العرب أبرزوا طبيعة علاقـة الطبيب بالمريض وأفاضوا فيها، وبالتـالي وضـعوا أُسـسا رصينة في علم الاجتماع الطبي تنتمي إلى موضوع الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية، والطبقة الاجتماعية والخدمـة الصحية [108].

يقول الطبيب العربي للمريض وهو يفحصه ويقـدم إليـه الخدمة الصحية: "أعلم أن الثلاثة أنا وأنت والمـرض هـي أضداد. فلو أخذت جانبي واتفقت معي واتبعت نصائحي فيما يجب أن تأكل وتمتنع عن أكله، فسنكون اثنين ضـد واحـد. وعند ذلك نتغلب على المرض " [109]. وفي هذا الصدد كان الطبيب العربي يهتم بالجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمـة الصحية، فها هو الرازي الذي كان حريصا على أن تكـون

([108]) د. علي المكاوي، الجوانب الاجتماعية، مرجع سـابق، ص ص 35 – 48 .

([109]) إدوارد جي براون، الطب العربي، مرجع سـابق، ص ص 78 78 – 79.

علاقة الطبيب بالمريض طيبة وتسير بطريقة تساعده علـى استعادة شفائه. في ذلك يقول: "من أبلغ الأشياء فيما يحتـاج إليه الطبيب في علاج الأمراض بعد المعرفة الكاملة للصنعة (الطب)، حسن مساءلة العليل، وأبلغ من ذلك لزوم الطبيـب العليل وملاحظة أحواله".

وإلى جانب اهتمام الرازي برعاية المـريض ومحاولـة علاجه وبرئه، ووصف العلاج له، كان يهتم برفع قوة العليل من أجل رفع مقاومة الجسم للمرض. ولهذا كان يقول "القوة للعليل كالزاد للمسافر، والمرض كالطريق، ولذلك ينبغـي أن يعني الطبيب كل العناية ألا تسقط القوة قبل المنتهى "[110]. ومن ناحية أخرى كان للرازي – ولغيره من الأطباء العرب – فضل السبق في طرق موضوعات الأصـل الاجتمـاعي للمرض، والاستجابة الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض، وهما من الموضوعات الحديثة في علم الاجتماع الطبي. لقد كان الرازي يهتم بتدوين الملاحظـات الـسريرية الخاصـة بمرضاه فاهتم بمعرفة سير المرض، ودراسة أحوال مريضه

([110]) د. عامر النجار، في تاريخ الطب، مصدر سـالف الـذكر، ص 88.

إلى الفهرس

في نومه وحياته وصـحيانه ومزاجـه وعمـره وصـناعته والأمراض الوراثية فـي عائلتـه والأحـوال الاجتماعيـة والاقتصادية لأسرته، عادات المريض في التغذيـة وأنـواع الأطعمة التي يتناولها باستمرار، وكـان يقـول فـي كتابـه (الحاوي، ج3): أستخرج سبب الوجع من التـدبير والـسن والزمان والمزاج".

وامتدت رعايـة الأطبـاء العـرب للمرضـى خـارج البيمارستان وللفقراء منهم ولأبناء الحي الذي يقيمـون فيـه. ولذلك عرف عن بعضهم عطفهم علـى المرضـى الفقـراء وتقديم خدمة لهم بلا مقابل. فابن جزله البغدادي – في أيـام الخليفة المقتدر با (468 – 487هـ/ 1074 – 1094) – اشتهر بعطفه على المرضى ومـساعداته للفقـراء، وكـان لا يأخذ أجرا من أهل حارته، ويزودهم بالأدوية مجانًا [111].

ومن الأدلة الأخرى على اكتساب الطب العربي للطـابع الاجتماعي، أن بعض الأطباء العـرب ألفـوا كتبـا طبيـة للمرضى وللطلاب ولعامة القراء كدستور في بيوتهم. ويأتي

([111]) د. كمال السامرائي، مرجع سابق، ص 579. وانظر أيضا: ابن أبي أصيبعة، عيون الأنباء، مصدر سابق، ص 343.

كتاب أبي بكر الرازي بعنوان " فيمن لا يحـضره طبيـب"، مثالاً على ما نقول فقد استهدف منـه إيـضاح الأمـراض العامية، وطرق تشخيصها ومعالجتها بالأغذية الموجودة فـي معظم الأماكن، والتي يسهل الحصول عليها واستعمالها. وقد أطلق على هذه الكتب في العصر الوسيط لقب "طب الفقـراء والمساكين". وكانت في الواقع كتبا لمعالجة حـالات طارئـة وبسيطة، لا سيما في حالة عدم وجود الطبيـب أو إمكانيـة شراء أدوية نادرة غالية الثمن. وقد انتشر مثل هذا النوع من الكُتب في أوربا والعالم المعاصر تحت عنوان: "طبيب العائلة أو "طبيبك الخاص" أو "كيف تستطيع أن تطبب نفسك"؟

خامسا: نظام الصحة الوقائية:

تضمن التراث العربي الإسلامي لمحات تفـصيلية حـول نظام الصحة الوقائية، بحيث ينظر الطب العربي إلى أبـدان الأفراد على أنها دائمة التحلل لما فيها من الحرارة الغزيـرة من الداخل، وحرارة الهواء المحيطة بها من الخارج. ولذلك حرص على توضيح نسق الأغذيـة مـن حيـث أنواعهـا وشروطها، وكفايتها للجسم الإنساني وأوقات الأكل والتغذيـة

إلى الفهرس

العلاجية.. إلخ [(112)]. كما أوضح هذا التراث الفوائد الصحية للاغتسال والنظافة والشراب، والقواعد الصحية المحددة لكل منها.

والواقع أن نظام الصحة الوقائية يستمد مقوماته غالبا من الدين الإسلامي، وخاصة ما يتعلق بالوقاية مـن الأمـراض الوبائية كالطاعون مثلاً. وفي هذا الصدد يقول الرسـول ﷺ. "إذا سمعتم بالطاعون بأرض فلا تدخلوها، وإذا وقع بـأرض وأنتم بها فلا تخرجوا منها " [(113)]. أضـف إلـى ذلـك أن الأطباء العرب برعوا في اكتشاف مصادر العدوى ووسـائط نقلها، وهذا ما يدخل ضمن بحوث علم الأوبئـة الاجتماعيـة

([112]) د. علي المكاوي، الخدمة الصحية في مصر، مرجع سابق، ص 223.

([113]) رواه البخاري. وهناك أحاديث كثيرة في هذا المجال لـيس هـذا مقامها، ولكن يمكن الرجوع إلى:

- د. أحمد طـه، الطـب الإسـلامي، دار القافلـة، الخفجـي، 1404هـ / 1984م، ص ص 32 – 37.
- جلال الدين السيوطي، مختصر الطب النبوي، مكتبة القرآن، القاهرة، 1983.

إلى الفهرس

Social Epidemiology وعلم الاجتماع الطبي. وقد كـان الرازي من أوائل العلماء الذين قالوا "بالعـدوى الوراثيـة"، وكان الطبري أول من كشف الحشرة التي تسبب داء الجرب وقد وصفها في كتابه "المعالجة الأبوقراطية".

كذلك أكد إبراهيم عبد الـرحمن الأزرق – فـي كتابـه "تسهيل المنافع" – على تحديد الأمراض المعديـة بواسـطة الهواء، فيقول: "وينبغي للإنسان اجتناب الأمراض المعديـة بواسطة الهواء إلى مجالسة أصـحابها كالجـذام والجـرب والرمد والسل، فليحذر القرب من أصحابها، وليتباعد عـنهم إلى فوق الرمح إلى ما بعد (أي لا يقترب منهم ويدع مـسافة فاصلة بينه وبينهم) [114].

كما كتب الطبيب العربي أحمد بن علي (ابن خاتمة) فـي الوباء، وأثبت حصول العدوى. وكانت رسالته في الوباء من خير ما كتب في موضوعها حتى أوائل القرن السادس عشر. وكان ابن الخطيب معاصرا لابن خاتمة، وقدم هـو الآخـر رسالة في الطاعون اسمها "الكلام عن الطاعون المعاصـر"

([114]) د. محمود الحاج قاسم، الطب عند العرب، مرجع سابق، ص ص 284 – 285.

إلى الفهرس

نالت شهرة واسعة، وأكد فيهـا انتقـال المـرض بملامـسة المريض وأوعيته وأكله وشربه وملابسه.

وبالمثل أكد أحمد بن محمد البلدي على فكـرة الحـصانة أو المناعة Immunity ضد الأمراض، وبالتالي كـان أول من تنبه لذلك في كتابه عـن "تـدبير الحبـالى والأطفـال والصبيان"؛ حيث قال بأن المصاب بالجـدري أو الحـصبة مرة، لا يصاب به مرة أخرى [115]. وهكذا نلاحظ أن إسهام الأطباء العرب – والطب العربي عامة – في الصحة الوقائية قد فاق إسهامات اليونانيين والكلـدانيين [116]، لأن العـرب مارسوا الطب الوقائي ذي القيمة الأعلى في دفع الأمـراض. ومن حرصهم على ذلك ما يجسده قول سنان بن ثابت بن قرة لعضد الدولة البـويهي "إن موضـوع صـناعتنا (الخدمـة الصحية) حفظ الصحة لا مداواة الأمراض". ومن قبل ذلـك

([115]) ابن أبي أصيبعة، عيون الأبناء، مصدر سابق، ص ص 332 – 333.

([116]) أحمد حسنين القرني، قصة الطب عند العرب، سلسلة من الشرق والغرب، العدد 49، الدار القومية للطباعة والنشر، القاهرة، د. ت، ص 15.

قدم أبوه/ الطبيب ثابت بن قـرة (825 – 902م) دراسـات مهمة حول علم الصحة والأمراض المستعصية والأمـراض المعدية كالجدري والحصبة ثم السموم. وبحث فـي المنـاخ والأطعمة والتغذية. وفي هذا الصدد يقول: "راحة الجسم في قلة الطعام، وراحة اللسان في قلة الكلام، وراحة القلب فـي قلة الاهتمام، وراحة النفس في قلة الآثام". ويقول أيضا: "ليس على الإنسان أضر من أن يكون له طباخ حـاذق وجاريـة حسناء، لأنه يستكثر من الطعـام فيـسقم، ومـن الجمـاع فيهرم"[117].

ومن إسهامات العلماء العرب أيضا في الطـب الوقـائي تركيزهم على التغذية كعلاج ووقايـة، وهـي تنتمـي إلـى الاهتمامات الحديثة في علم الاجتماع الطبي. لقد بكر الأطباء العرب بتوضيح منافع ومضار الأغذية المختلفة. وهـا هـو الرازي يتخذ من الأغذية أساسا للطب الوقائي، ولذلك يؤلف كتابا بعنوان "منافع الأغذية" ينـاقش فيـه منـافع الحنطـة وخبزها، والماء والمسكرات ومضارها، واللحوم والأسـماك

[117] د. فهيم أبادير، من تأريخ الطب عند العرب، مرجع سـابق ص 32.

إلى الفهرس

وأعضاء الحيوان وألوان الطبيخ والجبن والزيتون والمخللات واللبن والبيض والبقول والفواكه والحلوى.. إلخ [118].

سادسا: صحة جسم الإنسان العامة:

كان الأطباء العرب يولون علم الصحة العام أهمية كبرى، ولذلك وضعوا آراءهم الطبية وتصوراتهم فيما ألفوه من الكُتب التي تدور أساسا حول الاعتدال في كل الأمور. وكانت الحمية (الحميات) تحتل مكانًا مهما في المعالجة [119]. أما الأدوية فكان أغلبها ذا أصل نباتي وتأتيهم من جميع بلاد العالم.

والواقع أن الإرهاصات العربية الإسلامية في علم الاجتماع الطبي تتجلى أيضا في الاهتمام بالصحة العامة للإنسان، وتقسيمها حسب مراحل نموه بالتفصيل إلى المرحلة الجنينية، ومرحلة الطفولة ومرحلة الشباب، ثم مرحلة

([118]) أحمد حسنين القرني، مرجع سالف الذكر، ص ص 85 – 86.

([119]) د. سليمان قطانة، الطب العربي، مرجع سابق، ص 293.

إلى الفهرس

الكهولة[120]. وفي كل مرحلة يحـدد المفكـرون والأطبـاء العرب – أمثال البغدادي وابن سينا وغيرهم – نوع الغـذاء المناسب وحجم الرياضة المطلوب، وطبيعة الجـو الـصحي الملائم، والقواعـد الـصحية المفروضـة ونمـط الحيـاة المتبع[121].

ومن المعروف أن حضارتنا الإسلامية اعتمـدت علـى مبادئ منها جمعها بـين حاجـة الجـسم وحاجـة الـروح، واعتبرت العناية بالجسم وبمطالبة ضرورية لتحقيق سـعادة الإنسان وإشراق روحه [122]. ولذلك يقول واضع أسس هذه الحضارة ﷺ: "إن لبدنك عليك حقًا". وكذلك تسعى العبـادات الدينية لتحـافظ علـى صـحة الإنـسان البدنيـة والعقليـة والاجتماعية. وهذا الفهم الشامل للصحة هو ما تتبناه حاليـا

([120]) د. معن خليل عمر، مرجع سبقت الإشارة إليه، ص ص 302 – 304.

([121]) د. علي المكاوي. الجوانب الاجتماعية .. مرجع سابق، ص 24.

([122]) د. مصطفى السباعي، من روائع حضارتنا، مرجع سـابق، ص 138.

منظمة الصحة العالمية؛ مما يؤكـد علـى عظمـة إسـهام الحضارة العربية الإسلامية في هذا الشأن.

وقد اهتم العلماء العرب بالصحة العامة، وألفوا فيها كتبـا عديدة لعل أشهرها كتاب ابن بطلان بعنوان "تقويم الـصحة بالأسباب الستة" [123] التي لا بد لكل إنسان يؤثر دوام صحته من تعديلها واستعمالها. ووضع ابن بطلان تحت كل نـوع – كالمأكل والراحة والرياضة والأحداث النفسية – عدة أنـواع تمت إلى الطابع، واختيار ما يوافق كل إنسان منها بحـسب المزاج والسن والنوع (الجنس). وقد تناول ابن بطلان هـذه الأسس الصحية العامة في صورة جداول تضم اسم الـشيء الملتمس وطبعه ودرجته والجيد منه، ومنفعته أو ضرته، وما يدفع الضرر، والخلط (السائل) الذي يولده، وموافقة العـلاج للسن والمزاج والأفعال والـبلاد والاختيـارات والخـواص

([123]) د. سـامي حمارنـة، مرجـع سـابق، ص ص 313 – 314. والملاحظ أن ابن جزلة البغدادي قلد أسلوب هذا الكتاب في مؤلف لـه بعنوان مماثل هو "تقويم الأبدان في تدبير الإنسان". انظر:

- د. كمال السامرائي، مرجع سابق، ص 576. وابن أبـي أصـيبعة، عيون الأنباء، مرجع سابق، ص 328.

وأنواع البيض والحبوب والفاكهة والألبان وما يعمل منهـا، والأخبار وخواصها والبقول والتوابل والمخللات والعـسول والأصباغ والحيوانات وطبائعها وأعضائها، والمياه والأشربة والحلوى والرياحين والبخور.. إلخ. كذلك يفرد ابن بطـلان فصلاً في كتابه عن الأغاني وتأثير الموسيقى والألحان فـي مداواة النفس والأبدان.

سابعا: تصنيف أمراض الجسم حسب فـصول السنة:

حوى التراث العربي الإسلامي مقتطفات عديـدة حـول تصنيف أمراض الجسم حسب فصول السنة؛ حيث أوضحت العلاقة الوثيقة بين كل فصل وما يسببه من الأمراض؛ ممـا يدخل الآن تحت مبحث أسباب المرض Aetiology وعلـم الأوبئة Epidemiology... إلخ.

والواقع أن عملية تصنيف الأمراض على هـذا النحـو، ترجع إلى نظريات الأطباء العرب عن المرض. فابن سينا – على سبيل المثال – له نظرية قوامها أن العناصر أربعة، نار وماء وتراب وهواء، وطبائعها أربعة حـار جـاف، وبـارد

رطب، وبارد جاف، وحار رطب على التوالي. ولا يكـون الإنسان في صحة جيدة إلا إذا تعادلت الأخلاط في جـسمه. والأخلاط هي أجسام سيالة يستحيل إليها الغذاء [124]. فالـدم له خصائص الهواء حار رطب، والصفراء لها خواص النار حارة جافة، والبلغم له صفات الماء بارد رطب، والطحال له خاصية التراب بارد جاف. والمرض في نظـر ابـن سـينا اضطراب في نسبة تكوين هذه الأمزجة في الجـسم، وهـذا أقرب ما يكون لنظرية اضطراب الغدد الليمفاوية Lymph Node التي يعترف بها الطب حاليا.

إذن المرض يمثل حالة ناتجـة عـن انعـدام التـوازن المزاجي، وهكذا فهناك أمراض تنشأ عن الإفراط في الحـر (في فصل الصيف) ومنهـا الحميـات والرمـد والجـدري والحصبة. وهناك أمراض تنشأ عن الإفراط في البرد ومنها

---

(124) د. عامر النجار، مرجع سـابق، ص 107، د. فهـيم أبـادير، مرجع سابق، ص 44.

إلى الفهرس

حالات داء المفاصل (الروماتيزم) [125]، والنزلات والزكـام والرئة والصداع المزمن وذات الجنب والصرع. أمـا فـي فصل الربيع فتكثـر الأورام والـدمامل والـسعال ووجـع المفاصل والربو والسكتة. وفي الخريـف يـزداد الجـرب والأورام وأمراض الطحال وعسر البول وأمـراض الرئـة والسعال. ويؤكد ابن سينا على أن مرض الحـصبة يـزداد انتشارا وعدوى في فصلي الربيع والخريف [126].

ومن الأمثلة التي تجسد إسهام العلماء العرب في تأصـيل علم الاجتماع الطبي – حول هذه الموضوعات – ما ذكـره ابن جزلة البغدادي في كتابه "تقويم الأبـدان" عـن بعـض أمراض البيئة وارتباطها بفصل الصيف بالتحديـد، وبـاقي فصول السنة عامة ويستعرض في هذا الكتاب، لدغ العقرب، ونهش الأفعى، وعـضة ابـن عـرس، وعـضة الإنـسان

([125]) د. بدر التازي، الطب العربي، مرجع سابق، ص 29، د. علـي المكاوي، الجوانب الاجتماعية، مرجع سابق الـذكر ، ص ص 24 – 25.

([126]) د. محمود الحاج قاسم، الطب عند العرب، مرجـع سـابق، ص 285.

والحيوان، وعضة الكلب [127]. ويعتبر أن لـدغ العقـرب، ينتشر في البلاد الجنوبية في فصل الصيف بين الشيوخ ذوي الأمزجة الباردة. وهي إصابة مخيفة وتعالج بفـدغ العقـرب وتضميد مكان الإصابة بها. أما نهش الأفعى فيصيب الشباب ذوي الأمزجة الحارة في فصل الصيف في البلدان اليابـسة، وهي إصابة مفجعة وتعالج بالقصد أو بتدبير سهل يتمثل في كل من البصل والثوم والكرات... إلخ.

ثامنـًـا: التنظــيم الاجتمــاعي للبيمارســتان (المستشفى):

أبدع العلماء العرب فـي تنـاولهم للبيمارسـتانات (دار المرضى – المستشفى)، وأبرزوا عدة موضـوعات تـدور حول البناء الاجتماعي للمستشفى، والوظائف المتنوعة التـي تضطلع بها، والمؤثرات الداخلية والخارجية التي تتعـرض لها، وطبيعة علاقتها بالمجتمع المحلي ونوعيـة المـشكلات التي تعترضها. وهي موضـوعات تـدخل حـديثًا ضـمن اهتمامات علم الاجتماع الطبي. وهكذا يتضح سبق العـرب

([127]) د. كمال السامرائي، مرجع سابق، ص 582.

لطرق هذه الموضوعات الحديثة منذ ثلاثة عشر قرنـًـا مـن الزمان.

والواقع أن البيمارستانات في الإسلام كانت نوعين، نوعا متنقلاً ونوعا ثابتًا [128]. أما النوع المتنقل فأول ما عرف في الإسلام في حياة النبي ﷺ في غزوة الخندق؛ إذ ضرب خيمة للجرحى، فلما أصيب سعد بن معاذ في أكحلـه (والأكحـل عرق في الذراع يفصد)، قال ﷺ اجعلوه في خيمة رفيدة حتى أعود من قريب. وبالتالي يعد نصب أول خيمة إسلامية فـي هذه المعركة – وغيرها من معارك وغزوات الرسول عليـه السلام لبني قريظة وبني النضير – أساسا لتطوير وتـشجيع الطب العسكري والمستشفيات المتنقلة.

ثم توسع الخلفاء والملوك من بعد في المستشفيات الحربية المتنقلة حتى أصبح المستشفى منها مجهزا بجميع ما يحتاجه المرضى من علاج وأطعمة وأشـربة، وملابـس وأطبـاء وصيادلة. وكان ينقل من قرية إلى قرية في الأماكن التي لـم يكن فيها مستشفيات ثابتة. وقد بلغ بعض المستشفيات المتنقلة

([128]) الحكيم راجي عباس التكريتي، الإسناد الطبي في الجيوش العربية الإسلامية، وزارة الثقافة والإعلام، العدد 370، بغداد، 1984، ص 8.

إلى الفهرس

في أيام السلطان محمود السلجوقي حدا من الضخامة بحيـث كان يحمل على أربعين جملاً.

أما النوع الثاني (المستشفيات الثابتة) فهو يوجد في المدن والعواصم، ولم تخل بلدة صغيرة في العالم الإسلامي يومئـذ من مستشفى فأكثر، حتى أن قرطبة وحدها كان فيها خمسون مستشفى، وفي نفس الوقت تنوعـت المستـشفيات، فهنـاك مستشفيات للجيش يقوم عليها أطباء مخصوصون عدا أطباء الخليفة والقواد والأمراء. وهناك مستشفيات للمساجين يطوف عليها الأطباء في كل يوم، فيعـالجون مرضـاهم بالأدويـة اللازمة. ومما كتب الوزير علي بن عيسى بن الجراح إلـى سنان بن ثابت رئيس أطباء بغداد: "فكرت في أمر من فـي الحبوس، وأنه لا يخلو من كثرة عددهم وجفـاء أمـاكنهم أن تنالهم الأمراض، فينبغي أن نفرد لهم أطباء يدخلون إليهم في كل يوم، وتحمل إليهم الأدوية والأشربة، ويطوفون في سائر الحبوس، ويعالجون فيها المرضى" [129].

([129]) ابن أبي أصيبعة، عيون الأنباء، مرجع سابق، ص 301.

إلى الفهرس

ويرجع الفضل إلى الوليد بن عبد الملك فـي إنـشاء أول مستشفى في الإسلام (في عام 88 هـ ـ/ 707م) بدمـشق. وكان آخر بيمارستان أنشأه الملك المنصور قـلاوون عـام 683هـ. وقد خصصت أول مستشفى لعـلاج المجـذومين، واهتم الوليد بها وزودها بالأطباء وأجرى لهم الأرزاق وأمر بحبسهم لئلا يخرجـوا، وأجـرى علـيهم وعلـى العميـان الأرزاق[130]. ثم تتابع إنشاء المشافي بعد ذلك، حتـى بلـغ عددها في الدولة الإسلامية أربعة وثلاثـين، موزعـة فـي أنحائها، وكان أهمها مستشفيات بغـداد ودمـشق وقرطبـة والقـاهرة والمستـشفى الـذي أسـسه النـسطوريون فـي جند يسابور[131].

وبالإضافة إلى ذلك، كانت هنـاك المستـشفيات العامـة العديدة التي كانت تفتح أبوابها لمعالجة الجمهور. وكانت تلك المستشفيات تقسم إلى قسمين منفـصلين أحـدهما للـذكور وثانيهما للإناث. وفي كل مستشفى صيدلية تسمى الشرابخانة

([130]) د. مصطفى السباعي، روائع حضارتنا، مرجع سابق ص 138.

([131]) د. فهيم أبادير، من تاريخ الطب عند العـرب، مرجـع سـابق، ص 61.

إلى الفهرس

(خزانة الشراب) فيها أنواع الأشـربة والمعـاجين النفيـسة وأصناف الأدوية والعطور الفائقة.. إلخ. كما كان يلحق بكل مستشفى مكتبة عامرة بكتب الطب وغيرها؛ ممـا يحتاجـه الأطباء وتلاميذهم، حتى قالوا بأن مستـشفى ابـن طولـون بمدينة القاهرة كان يحوي خزانة كُتب تزيد على مائة ألـف مجلد في سائر العلوم.

ومن الواضح أن إسهامات العرب المـسلمين فـي هـذا المجال لم تقتصر على دراسة البناء الاجتمـاعي للمستـشفى فقط، بل ذهب هؤلاء إلى ما هو أبعد من ذلك بكثيـر وهـو حسن اختيار الموقع الذي يقام عليه، وضرورة توافر الشروط الصحية فيه لتزداد كفاءته في علاج المرضى والأمـراض، وهذا الإسهام يمثل نقطة محورية في دراسات علم الاجتماع الطبي وخاصة الصحة العامة. ولعل الرازي أول من أرسى معالم هذا الاتجاه العلمي حينما عهد إليه عضد الدولة بن بويه في عام 371هـ ببناء المستشفى العضدي في مدينة بغـداد. وهنا اختار الرازي المكان بأن وضع أربع قطع من اللحم في أربع نواح في مدينة بغداد ليلاً. فلما أصبح وجـد أحـسنها رائحة في المكان الذي أقيم عليه المستشفى فيما بعد، فـأقيم

المستشفى العضدي وأنفق عليه المال الكثير وجمع له أربعة وعشرين طبيبا، وألحق به كل ما يحتاجه هؤلاء من مكتبـة علمية وصيدلية ومطابخ ومخازن.

وإذا كان هذا شأن البيمارستانات الإسلامية في المـشرق، فإن المغرب العربي هو الآخر قد شهد نظيرهـا. وتـسمى المستشفى في هذه المنطقة (دمنة). لقد أسس الأمير الأغلبـي زيـادة ا الأول (201 – 223هـ ـ/ 817 – 837 م) أول دمنة في تلك الديار وخاصة في القيروان. وكان أطباء هـذه الدمنة ملمين إلماما كافيا بعلوم الدين والطب معـا، ولـذلك أطلق عليهم "فقهاء البدن" [132]، والتـسمية ظريفـة لأنهـا طهورية وتجمع ما في الحديث الشريف للرسول عليه السلام؛ حيث قال: "العلم علمان: علم الأبدان وعلم الأديان".

وتجدر الإشارة إلى أن هؤلاء الأطبـاء كـانوا يقـدمون الخدمة الصحية لوجه ا ، لا يريدون من المرضـى جـزاء ولا شكورا، علاوة على أنهم كـانوا يرافقـون المحـاربين

([132]) د. كمال السامرائي، مرجع سابق، ص ص 624 – 625، ابـن أبي أصيبعة، عيون الأنباء، ص ص 478 – 479.

ليقدموا لهم الإسعافات الأولية وما يمكـن أن يفعلـوه مـن العلاج.

وهكذا نلاحظ ما تمتع به علماء العرب وأطبـاؤهم مـن نظرة ثاقبة في الاهتمام بموضوعات طرقوها منذ ثلاثة عشر قرنًا من الزمان على الأقل، وتدخل في هذه السنوات ضـمن اهتمام فرع حديث من علم الاجتماع، وهو علـم الاجتمـاع الطبي. ومن اللافت للنظر أن هؤلاء الأطباء والعلماء العرب لم يكونوا في حاجة إلى هذا العلم الحديث (أعني الاجتمـاع الطبي) لأنهم كانوا يمارسون الطب كفقهاء وأطباء وفلاسـفة وعلماء اجتماع.. إلخ. وبالتالي لم ينفصل الطب العربي عن المجتمع، ولم يهمل الجوانب الاجتماعية والثقافية في حالات الصحة والمرض، ولذا كان طبهم اجتماعيـا، أمـا الطـب الحديث فقد تخلى عن الطابع الاجتماعي، ولذلك صرنا نشهد انصراف البعض عنه لعلمانيته المفرطة حاليا، وعدم مراعاة القواعد الإنسانية في بعض ممارساته حينًا آخر، والمغـالاة الشديدة في أجور الخدمة الصحية، فكانت النتيجة هي العودة إلى الطب الشعبي والاعتماد على عناصره الهامة. ولا يمكن

العودة إلى الطب الحديث كليـة، إلا إذا عـاد هـذا الطـب اجتماعيا، وراعى هذه العلاقة بينه وبين المجتمع.

إلى الفهرس

الفصل الثالث

النسق الطبي الرسمي

مقدمة:

تتعرض المجتمعات للتغير الاجتماعي والثقافي بشكل أخذ يزداد مداه وإيقاع سرعته في الوقت الـراهن حتـى تـرك بصماته الواضحة على التخصص المهني، وتقسيم العمل في جميع المجالات الإنتاجية والخدمية. ففي مجـال الخـدمات الصحية نلاحظ تزايد الاتجاه إلى التخصص الطبي الـدقيق، والمهن الفنية المساعدة له من تمريض وتحليل وأشعة وتغذية وعلاج طبيعي.. إلخ. ويصاحب ذلـك دائمـا اتـساع فـي المسئولية المهنية، وتنقيح في العلاقات المهنيـة بـين تلـك التخصصات الدقيقة. ولعل مهنة التمـريض مثـال خـاص يوضح التغير الذي حدث فيها؛ إذ لم تعد المؤهلات المطلوبة

للممرضة هي "الظهر القوي والعقل الضعيف " [133] وإنمـا هي بالأحرى رعاية المريض، والوعي بدورها تجـاه هـو وأسرته والمجتمع، الذي تعد عضوا متخصصا فيه.

ومنذ بدأ علماء الاجتماع يهتمـون بدراسـة الممارسـة الطبية، سادت النظرة إليها باعتبارها ميكانيزما فـي النـسق الاجتماعي للتوافق مع المرض الـذي يـصيب أعـضاءه. وتتضمن هذه الممارسة مجموعة من الأدوار النظامية، التي تطبق العلم الطبي على مشكلات الصحة والمرض والـتحكم في المرض نفسه [134]، كما تضم تخصصات متعددة تضطلع بتقديم الخدمات الصحية: كالتخصصات الطبية الدقيقة، وطب الأسنان dentistry، والتمريض والخدمات المعاونة كالأشعة والتحليل. إن دور الممارس الطبي ينتمي – إذن – إلى فئـة الأدوار المهنية المتخصصة، وإلى الفئة الفرعية للمجموعـة الكبرى من تلـك الأدوار المهنيـة Occupational roles، وهي مهنة متخصصة وظيفيا، خضعت للتـشكل النظـامي،

([133]) Earl L. Koos, The Sociology of the Patient, Mc Graw - Hill Book Company, INC., New York, 1959, p. 237.

([134])Talcott Parrons, The Social System, op. cit:, p. 432.

ولمتغيرات النمط: كالإنجاز والعمومية والتخصص الوظيفي والحياد الوجداني.

وقد بدأ بارسونز Parsons ريادة دراسة البناء الاجتماعي للممارسة الطبية (ضمن دراسته للنسق الاجتماعي سنة 1951)؛ حيث أجرى تنميطًا لدور الممارس الطبي نفسه وتحليلاً لدور المريض Sick role، وتأثير كليهما على الجوانب الأخرى للبناء الكلي للنسق الاجتماعي [135]. وفي عام 1960 قام جود W. Goode بدراسة للمهن المتخصصة بما فيها الطب، غير أنه خاص في نهاية دراسته إلى أن بعض المهن كالتمريض والخدمة الاجتماعية على سبيل المثال، لا تتوافر فيها كل مقومات المهنة الحقيقية وخصائصها، وبالتالي فقد أدخلها في فئة المهن شبه المتخصصة Semi-professions [136]، ثم جاءت دراسة فريدسون Freidson (في عام 1970) لتتناول المهنة الطبية من جديد بشكل تفصيلي ومتخصص.

([135]) انظر: Talcott Parson, Lbid., p. (434).

([136]) انظر: Caroline Cox, op. cit., p. (118).

ويسود الاتفاق الآن بين معظم علماء الاجتماع على ضرورة توافر مجموعة من المحكات في المهنة الطبية لتصنيفها في فئة "المهنة المتخصصة"، مثل توافر هيكل من المعرفة الطبية المتخصصة، تنتقل إلى الأعضاء الجدد عبر المؤسسات الطبية، ويسود احتكار للممارسة المهنية: فلا يسمح لهؤلاء الأعضاء بمزاولتها إلا بعد اجتياز مجموعة من الاختبارات المتفق عليها، والتصريح الرسمي لهم بذلك، ويخضعون للمساءلة وللقواعد الأخلاقية التي تحددها نقابتهم رسميا: فالأطباء مسئولون أمام نقابة الأطباء، والصيادلة يخضعون للأخلاقيات والمعايير التي حددتها نقابتهم، وعلى الممرضات مسئولية قانونية أمام نقابتهن.. إلخ. وقد فصل بارسونز تلك القواعد في ثنايا وصفه للواجبات الكامنة في دور الطبيب [137]. كذلك يؤكد السوسيولوجيون أساسا على أن الشخص المتخصص في المهنة الطبية عليه الالتزام بمبادئ الخدمة الصحية، فيؤثر حاجة المريض على حاجته هو، ولو كان به خصاصة.

---

(137) انظر: Talcott Parsons, op. cit. cit., pp. (435 – 436).

إلى الفهرس

وفي ضوء ما سبق سنتناول العناصر التاليـة فـي هـذا الفصل:

أولاً: قنوات تخريج الكوادر الطبية في مصر.

ثانيــا: الأطبــاء فــي الدراســات الــسوسيولوجية والأنثروبولوجية.

ثالثًا: تطور معدلات خدمة الأطباء.

رابعا: معدلات الخدمة الصحية لأطباء الأسنان.

خامسا: إسهام الصيادلة في النسق الطبي الرسمي.

سادسا: تطور خدمات التمـريض فـي النـسق الطبـي الرسمي.

سابعا: دور خريجي المعاهد الفنية الصحية فـي النـسق الطبي.

أولاً: قنوات تخريج الكوادر الطبية في مصر:

يرجع التعليم الطبي الحديث في مصر إلى عهـد محمـد علي (1805 – 1949)، فقد كان مهتما بتطبيـق الأسـاليب

الطبية الحديثة على أوسع نطاق [138]. ولما انتشر الطـاعون في عهده، عهد إلى "برتلي كلوت بك" الفرنسي بتنظيم الخدمة الصحية للجيش المصري. وعرض كلوت بك علـى محمـد علي إنشاء مدرسة لتعليم الطب، فأنشئت فعلاً في أبي زعبل عام 1827، وتخريج أول رهط من الأطباء المصريين فـي عام 1832. وفي نفس السنة سافرت أول بعثة طبيـة فـي تاريخ مصر تضم اثنا عشر طبيبا إلى فرنسا مـن خريجـي المدرسة [139]. ومنذ ذلك التاريخ ومصر تهتم بخلق كـوادر فنية طبية في المجال الطبي من خلال قناتين، هما: التعلـيم الطبي، والتدريب [140].

([138]) انظر: Nawal El Messeri, Ibid, p. (9)

([139]) راجع التفاصيل في المقدمة التاريخية بالفصل الرابع مـن هـذه الدراسة.

([140]) المسح الصحي، المركز القومي للبحـوث الاجتماعيـة، اللجنـة الصحية بإشراف الدكتور عبد الغفار خلاف، القاهرة، تحـت الطبـع، الباب الثاني، الفصل الثاني.

1- التعليم الطبي:

في سنة 1883 صارت مدرسة الطب تتسع لخمسمائة طالب، واتسع نطاق البعثات في عهد رئاسة الدكتور "كتينج" للمدرسة في عام 1907 حتى وصل إلى واحد وتسعين مبعوثًا في عام 1910، وظل الحال كذلك حتى أدمجت المدرسة في الجامعة المصرية في 1935. ثم توالت كليات الطب المصرية بعد القصر العيني، فأنشئت طب الإسكندرية عام 1942 وبعدها بخمس سنوات (1947) أنشئت طب عين شمس، وفي عام 1960 بدأت الدراسة بطب أسيوط، وعام 1962 بطب طنطا والمنصورة، وعام 1964 بطب الأزهر وعام 1970 بطب الزقازيق، وعام 1981 بطب قناة السويس.

ولا تزال تنشأ كليات طب جديدة في مصر دعما للتعليم الطبي، حتى صار لدينا عشر كليات؛ حيث انشطرت كلية طب الأزهر إلى اثنتين إحداهما للبنين والأخرى للبنات، كما أنشئت كلية طب القناة، وعلاوة على تلك الكليات العشر فهناك كليات جديدة مثل طب بنها (الزقازيق) وطب سوهاج (أسيوط)، بالإضافة إلى المعاهد الطبية العليا. كمعهد الأورام

إلى الفهرس

القومي، ومعهد البحوث الطبية، والمعهد العالي للصحة العامة، والمعهد العالي للعلاج الطبيعي، فضلاً عن المعاهد العليا للتمريض بالقاهرة والإسكندرية.

وإذا نظرنا إلى تطور أعداد خريجي كليات الطب في مصر، وجدنا أن عدد الخريجين في عام 1950 قد اقتصر على 360 طبيبا فقط، ثم تضاعف هذا العدد في عام 1979 أكثر من ست عشرة مرة؛ حيث بلغ 5499 طبيبا، ولا يزال العدد آخذًا في الزيادة: فبينما كان متوسط الزيادة السنوية خلال الفترة من 50 – 1955 هو 18% انكمش إلى 5.4% في الفترة من 55 – 1960، ثم أخذ يتقدم على استحياء إلى أن بلغ 7.8% خلال الفترة من 60 – 1965 ليثب بعد ذلك وثبة هائلة حتى بلغ 45.3% خلال الفترة من 65 – 1970، كنتيجة طبيعية لتخرج الأطباء في الكليات الجديدة بأسيوط وطنطا والمنصورة والأزهر. ويمكن رصد حركة هذه الزيادة من خلال الجدول التالي [141].

([141]) المسح الصحي، نفس المرجع السابق.

إلى الفهرس

السنة	عدد الخريجين	متوسط الزيادة السنوية
1950	326	-
1955	618	%18.0
1960	710	%5.4
1965	1009	%7.8
1970	2783	%45.3
1975	3902	%28.6
1979	5499	%40.8

ومع أن التعليم الطبـي قـديم فـي مـصر الفرعونيـة والإسلامية والحديثة؛ حيث أنشئت أول كلية طب حديثة فـي عام 1827، إلا أننا لا نجد دراسة سوسيولوجية فـي هـذا المجال. أما في المجتمعات الأمريكية والأوروبية، فقد نالـت سوسيولوجيا التعليم الطبي، من اهتمام علماء الاجتمـاع مـا يفوق اهتمامهم بسوسيولوجيا تعليم علم الاجتماع ذاتـه [142].
وقد انصب اهتمامهم بالتعليم الطبي على موضوعات التنشئة

---

(142) انظر: David Mechanic, op. cit., p:

إلى الفهرس

الاجتماعية المستمرة، والتدريب التخصـصي فـي المجـال الطبي. وتتمثل الاهتمامات المبكرة في هذا المجال في دراسة ميرتون R. Merton وزملائه " لدارسي الطب" Student physician وكذلك الدراسة التي قام بها في هـذا المجـال بيكر :Becker وزملاؤه، بعنوان "تلاميذ الطب": Boys in White.

والواقع أن موضوع التعليم الطبي في مصر يشغل بـال المسئولين والمخططين لهذا التعليم بغية تطويره. وقد بـذلت محاولات عديدة – في هذا الشأن ولا تزال – لتحديد التطوير المطلوب وكيفية تطبيقه. واسـتقرت الآراء علـى شـمول التطوير لإدخال العلوم الاجتماعية والـسلوكية فـي منـاهج كليات الطب، حتى يتفهم الطبيب العوامل المختلفة المـؤثرة في الصحة والمرض، ويتعرف على الطبيعـة الاجتماعيـة والثقافية للمجتمع الذي يضطلع فيه بأداء الخدمـة الـصحية وكانت أولى المحاولات بمدينة الإسكندرية في عـام 1977؛ حيث عقدت ندوة حول "العلوم الاجتماعية والـسلوكية فـي

الخدمات الصحية وتطويرها" [143]. ونشر ملخص الندوة في تقرير تضمن تقديما للموضـوع وإطـار العمـل وبعـض التحفظات حول دور هذه العلوم في المجال الطبي، وكيفيـة استفادة العلوم الطبية منها. وفي النهاية إشـارة إلـى أبعـاد المشكلة التي تتمثل في ندرة الاجتماعيين المهتمـين بـالعلوم الطبية والصحة والحساسية بينهم وبين أساتذة الطب، ونـوع التغيرات التي طرأت على هذه الأبعـاد حاليـا، والمطالبـة بالمزيد من الاهتمام بهذه العلوم الاجتماعية في التعليم الطبي والدعوة لانتقاء المادة الاجتماعية الملائمة لطبيعـة دراسـة الطب.

وقد أثمرت هذه المحاولة في تطوير التعليم الطبي؛ حيـث صارت مناهج كليات الطب تتضمن مقـررات فـي العلـوم الاجتماعية والسلوكية بالفعل. وهنا ظهرت مشكلات اختيـار الموضوعات الاجتماعية الملائمة لدارسي الطب، واختيـار من يقوم بتدريسها. ومثال ذلك أن قسم الاجتمـاع بجامعـة

(143) WHO, Eastern Mediterranean Region, Report of the Working Group on the, Social and Behavioural Sciences in Health Services and Manpwer Development, Alexandria, 25 – 29 July 1977.

إلى الفهرس

القاهرة أشرف على هذه المادة وقام بتدريسها في طب قصر العيني سنة 1983/82. إلا أن العام التالي 1984/83 شـهد تذبذبا في رأي الكلية حول إسناد التدريس بين قسم الاجتماع وبين قسم الطب النفسي، وانتهت لصالح الطب النفسي. وقـد تكررت هذه المشكلة في كل كليات الطب التي أدخلت العلوم الاجتماعية. ولذلك قام المكتب الإقليمي لدول شـرق البحـر المتوسط بالتعاون مع وزارة الصحة بالإشراف على إجـراء دراسة للتعرف على ما يدرس فعلاً في هذه المناهج بكليـات الطب لتحديد المواد التي يمكن تدريسها، والأساليب الملائمة لتدريسها. وشكلت لجنة من بعض أسـاتذة كليـات الطـب ومراكز البحوث العلمية في ديسمبر 1983 لاسـتطلاع رأي أساتذة الطب في هذا الموضوع. وعقدت اللجنة ندوة موسعة بمدينة الإسماعيلية في الفتـرة مـن 16 إلـى 1984/5/18 لمناقشة نتائج الدراسة [144]. وقد اتفقت الآراء على ضرورة تدريس مناهج العلوم الاجتماعية والسلوكية سواء متكاملة في

([144]) مجموعة سيناء الاستشارية، ندوة تـدريس العلـوم الاجتماعيـة والسلوكية في مناهج كليات الطب بمدينة الإسماعيلية من 16 إلـى 18 مايو 1984م.

إطار العلوم المتخصصة، أو بشكل مستقل في جميع المراحل الدراسية، وأكد الأطباء على ضرورة مراعاة الـوزن الـذي ستعطيه لائحة الكلية لهذه المواد من حيث عـدد الـساعات المقررة وطرق تقييم الطالب، ومدى اعتبارها مـواد نجـاح أو رسوب. وأشاد أغلبية الأساتذة بالفوائد التي ستعود علـى طالب الطب والمريض والمجتمع نتيجة تدريس هذه العلـوم في مناهج كليات الطب.

وقد انعكس الاهتمام بالعلوم الاجتماعية في المناهج الطبية حاليا، في بعض كليات الطب، في تدريس هذه العلوم بـشكل مستقل عن العلوم الطبية (طب القاهرة وطنطا وعين شمس) أو بشكل ضمني معها، وهذا هو الأسـلوب الأمثـل (طـب القناة). وبالتالي نقتصر على الإشارة إلى هذا الأسلوب الفريد في تدريس العلوم الاجتماعية [145]. فالتدريس فيها يقترب من

([145]) اعتمدنا في التعرف على هذا الأسلوب من واقع مقـابلات حـرة خلال شهري أكتوبر ونوفمبر 1986 مع أ. د. عصمت عزت عميـدة الكلية، و أ. د. طلعت الجارحي أستاذ طب المجتمع، ود. يوسف وهيب مدرس طب المجتمع، ود. تيمور خطاب الأستاذ المساعد في أمـراض النساء بالكلية، علاوة على تقرير الندوة سابقة الذكر.

مشكلات المجتمع المصري عن طريق تجميـع المـشكلات الصحية التي تعكس أبعادا صحية ونفسية واجتماعية وبيئيـة وثقافية، تناقش في مجموعة دراسية ذات أهـداف تعليميـة يخطط لها أحد أعضاء هيئة التـدريس، وبإشـراف لجنـة البرامج بالكلية. وتتدرج المناهج على مدى سنوات الدراسـة ونمو المعرفة الطبية لدى الطالب، ومن منظور مراحل نمـو الإنسان. فالمرحلة التعليمية الأولى تمتد لعام واحد، وتشمل 7 مجموعات دراسية مدة كل منها 5 أسـابيع، وتـدور حـول المدخل إلى العلوم الطبية، والإنسان والبيئة والولادة والطفولة والمراهقة والبلوغ والشيخوخة والطـوارئ. أمـا المرحلـة التعليمية الثانية فهي تستغرق عامين وتـشمل 12 مجموعـة دراسية مدة كل منها 6 أسابيع حول العـدوى والالتهابـات والأورام والجهاز الدوري التنفسي والدم والجهـاز البـولي والحركي والهضمي والغدد الصماء وموضـوعات أعـضاء الحس الخاصة كالعين والأذن والجلـد والجهـاز العـصبي والأمراض النفسية الجسمية.

وتعتمد **فلسفة تطوير التعليم الطبي** بطب القناة على تعلم العلوم الاجتماعية والسلوكية مع علوم التـشريح والجراحـة

والكيمياء الحيوية ووظائف الأعضاء.. إلخ، بحيث يسعى إليها الطالب ولا تسعى هي إليه. كما أنها علوم تلاقي القبول عندما تقدم بطريقة شيقة مع العلوم الطبية المتصلة بها، وطالما وظفت لخدمة مشكلة صحية، ويأتي الرفض عندما تنفصل عن العلوم الطبية. ولذلك يقوم المخططون من أعضاء هيئة التدريس بالكلية بطرح موضوعات بشكل غير مباشر على الطالب ليستنتج مشكلة الدراسة في أول الأسبوع، ويظل يبحث عن حلها من واقع دراسته للعلوم المتعددة المرتبطة بها، وبالرجوع إلى المصادر المكتبية أو المجلات والأفلام والشرائح بوحدة الوسائل السمعية والبصرية أو تجربة معملية. وتعقد في نهاية الأسبوع "جلسة حصيلة" لحل المشكلة دون تدخل من الموجه. ومن أمثلة هذه المشكلات: "وقع حادث سيارة أصيب فيه أحد الركاب بنزف لمدة 10 دقائق، وألحق بالمستشفى المجاور فكشف عليه الأطباء وقاسوا ضغطه فوجدوه كذا، والحموضة كذا أعطى بلازما وعجزوا عن إسعافه فمات. ما الحل الممكن في هذا الصدد"؟ وبالتالي يتكلم الطالب عن:

إلى الفهرس

أ- الإصابة في الساق أو الفخذ مثلاً، وهنا يدرس التشريح ويرجع إلى مصادره.

ب- النزف فيدرس الطالب فسيولوجيا النـزف ليعـرض احتمالات الحالة.

ج- التركيب الكيماوي للدم، وهنا يهتم بدراسـة الكيميـاء الحيوية ويقرأ مراجع طبية فيها.

د- الإسعافات الأولية للحالة ويركز هنـا علـى جراحـة الإسعاف.

ه- هـ - تأثير الصدمة على المصاب وعلى عائلته عندما تعلم بالحادث، وبالتالي يطرق الطالب أبواب علم النفس والطب النفسي، ويقرأ في الآثـار النفـسية للحـوادث ومضاعفاتها العضوية.

و- عند الوفاة أو الإعاقة تتأثر الأسرة، خاصـة إذا كـان المصاب أو المتوفى هو عائلها. وهنا يـدرس الطالـب العلوم الاجتماعية المختصة ويفتش عـن المؤسـسات الاجتماعية التي تتولى تأهيل المعوق وإعادة تكييفه مع الواقع الاجتماعي، أو يبحث عن المؤسسات التي تتكفل بحل المشكلة في حالة وفاة العائل.

وبالإضافة إلى الأسلوب الأمثل في تعلم العلوم الاجتماعية بطب القناة، يقوم الطلاب بمشروعات بحوث ميدانية حـول العوامل الاجتماعية والاقتصادية المتعلقة ببعض الأمـراض كالبلهارسيا والنزلات المعوية والأنيميا والدرن. علاوة علـى التدريب الميداني على طـرق الاتـصال الـسليم بـالأفراد المترددين على الوحدات الصحية الريفيـة مـن المرضـى والأصحاء، والزيارة المنزلية للعـائلات؛ حيـث تخـصص عائلتان لكل طالبين لمتابعتهما بالزيارات المنتظمة.

أما بالنسبة للتعليم الطبي في المعاهد العليا للتمريض فهو يتضمن بين مناهجه الدراسية – في الفسيولوجيا والتـشريح والطفيليـات والبكتريولوجيـا والباثولوجيـا والتمـريض – مقررات في علوم النفس والاجتماع والأنثروبولوجيـا تفيـد الدراسات في فهم الواقع الاجتماعي والثقافي للممارسة الطبية والأداء المهني الكفء. وعلى سبيل المثال فإن هذه المقررات أساسية في المعهد العالي للتمريض بجامعة القـاهرة طبقًـا لنظام الفصل الدراسي [146]. ولكن التطوير الجديـد يجعلهـا

([146]) يتولى المؤلف تدريس مادة علم الاجتماع العام لطلبـات الفرقـة الأولى بالمعهد، وعلم الاجتماع الطبي لطالبات الفرقة الثالثة منذ عـام

حاليا على مدى العام الدراسي. وهكذا يتضح اهتمام المعهـد بالعلوم الاجتماعية والسلوكية منذ إنشائه فـي عـام 1964 وحتى الآن، وبشكل يفوق معظم كليات الطب.

ولقد أولى علماء الاجتماع أمثال ميلار Miller وممفورد Mumbord اهتماما بالإسعافات المنزليـة. كـذلك فهنـاك دراسـات كنـدال Kendall وسـتيفنس Stevens عـن الاتجاهات في التخصص الجراحي والطبي [147]، ولا يـزال البحث السوسيولوجي مستمرا حـول الانتقـاء والتخـصص بداخل المدارس الطبية، وفي داخل التخصـصات والأنمـاط العديدة لدراسات الرعاية الصحية، بل امتد اهتمامه ليـشمل خصائص الأطباء وسماتهم وتدريبهم التـأهيلي للاضـطلاع بالممارسة الطبية والرعاية الطبية الأولية.

1982 وحتى الآن. كذلك يقوم حاليا بتدريس مادة "علم دراسة الإنسان" الأنثروبولوجيا لطالبات الفرقة الثانية بالمعهد، وهي معايشة تكشف عن الاهتمام الواضح بالعلوم الاجتماعية في الممارسـة الطبيـة والتأهيـل الطبي.

(147) انظر: Medical Sociology, Ibid, p: (9)

ومن وجهة النظر السوسيولوجية فقد تركز الاهتمام على وسائل تشجيع التدريب الطبي، وتحمل المسئولية العلاجيـة، واكتساب الخبرة الطبية. ولـذلك تهـتم معظـم الدراسـات بالطريقة التي تؤثر بها الحاجات التكيفية لطالب الطب، على طريقة تعامله مع المهام التعليمية والاختيارات التخصـصية العديدة. أما مجالات الاهتمام الأخرى فإنها تتـضمن القـيم الاجتماعية المتغيرة للطالب، وعمليات تكيفه مـع المخـاطر الشخصية، ومع المخاطر التخصصية في التعلـيم الطبـي، والعوامل المؤثرة فـي اختيـار العمـل الطبـي، ومكـان الممارسة[148]. وانبسط الاهتمام بالتعليم الطبي على مـستوى المجتمع الأكبر؛ حيث يتناول تأثيرات المـساعدات المحليـة والتبرعات الأهلية للبحث الطبي البيولوجي، وكـذلك الأدوار والمسئوليات المتغيرة لمراكز العلـوم الـصحية بالجامعـة، وتغير توقعات طالب الطب.

([148]) انظر: Medical Sociology. Ibid. The Same Page.

إلى الفهرس

2- التدريب الطبي:

ويشمل تدريب صاحب العمل لتجديد المعلومات الطبيـة وتنميتها، وكذلك التدريب قبل العمل مثـل تـدريب أطبـاء الريف، كما يشمل التدريب مع الحصول على درجة علميـة تخصصية أعلى.

والملاحظ أن التعليم الطبي لم يعد يقتصر علـى درجـة البكالوريوس، بل تطـورت الكليـات ونبغـت الكفـاءات، فأصبحت الكليات تمنح درجات الدبلوم ثم الماجـستير، ثـم الدكتوراه في النهاية [149]، ومن المحتمل وربما من المنتظر – أن يتضاعف عدد حملة الدرجات العلمية العليا كالماجستير والدكتوراه، ففي طب عين شمس – على سبيل المثال – كان عدد الحاصلين على درجة الدكتوراه في الفترة من 1955 – 1960 هو 16 طبيبا، بمتوسط ثلاثة أطباء فـي العـام، وإذا اعتبرنا هذه الفترة كأساس، وجدنا أن هذا العدد قد تـضاعف خمس مرات خلال الفترة من 65 – 1970 حتـى بلـغ 78 طبيبا، من حملة الدكتوراه.

([149]) المسح الصحي، مرجع سبقت الإشارة إليه.

أما في كلية طب الأسنان بالقاهرة، فلم يحصل على دبلوم الدراسات العليا في عام 1955 غير واحد فقط، ثم وصل في عام 1960 إلى اثنين، ثم أخذ العدد يتضاعف حتى وصل في عام 1965 إلى 17، ولم تكن الكلية أيامئذ تمـنح درجـات الماجستير، أو الدكتوراه حتى عام 1969، وفي نفس العـام بلغ عدد الحاصلين على الدبلوم 21، أما في عام 1975 فقـد صار العدد 39 (دبلوم) و2(ماجستير) و5 (دكتوراه)، وفـي عام 1980 وصل إلـى 53 (دبلـوم) و9 (ماجـستير) و9 (دكتوراه). فلما كان عام 1984 تضاعفت الأعـداد لتـصبح 112 (دبلوم) و35 (ماجستير) و14 (دكتوراه)، كما تبين لنا من الجدول التالي [150]:

السنة	الحاصلون على الدبلوم	الماجستير	الدكتوراه
1955 1960 1965 1970	1 2 17 43	- - -	- - -

(150) كلية طب الأسنان بجامعة القاهرة، سجلات الدراسات العليا.

1975 1980 1984	39 35 112	- 2 9 35	4 5 9 14

والجدير بالذكر أن وزارة الصحة تقدم منحـا تدريجيـة للأطباء، بغرض تنمية معلوماتهم أو للحصول على درجـات علمية وتدريب طبي في نفس الوقت. وقد كان عدد تلك المنح في عام 1970: 380 منحة، فارتفع في عـام 1975 إلـى 1060 منحة، ثم وصل إلى 1930 في عام 1980 ليتضاعف خمس مرات عنه في 1970. وإذا كانت نسبة الأطباء الذين يعملون في وزارة الصحة 75% من المجموع الكلي للأطباء العاملين على مستوى الجمهورية في عام 1967، فإن هـذه النسبة قد وصلت في عام 1978 إلى 84.4% [151]. ومعنى ذلك أن المنح التدريبية التي تقدمها الوزارة تخص الأطبـاء العاملين بها، ومن ثم فهي تحاول رفع كفـاءتهم الأكاديميـة والعلمية، وكذلك العملية، وتنمية مهاراتهم الطبية، وتـأهيلهم

([151]) د. هبة نصار، مرجع سابق الذكر، ص (301).

إلى الفهرس

للحصول على الـدرجات العلميـة (الـدبلوم والماجـستير والدكتوراه).

والواقع أن هناك منحا دراسية أخرى تخصصها كليـات الطب لأطباء وزارة الدفاع من خـلال **الأكاديميـة الطبيـة العسكرية** التي افتتحت في سبتمبر 1980 بجوار المستـشفى العسكري العام بمنشية البكري بالقاهرة لخدمة خريجي كليات الطب الذين يلتحقون بالكلية الحربيـة لمـدة سـتة أشـهر يتخرجون بعدها ضباطًا أطباء يعملون بالمستشفيات العسكرية المختلفة. وتعتبر الأكاديمية بمثابة مكـان فقـط مـن جهـز للتدريس والاطلاع، ولا تمنح درجات علميـة، وإنمـا هـي ترشح الأطباء الذين تنطبـق علـيهم الـشروط للالتحـاق بالدراسات العليا بكليات الطب؛ حيث يخصص لهـا سـنويا بضع فرص بكل كلية. والملاحظ أن عدد هذه الفرص كبيـر بالنسبة لعدد الأطباء العسكريين – على عكس أطبـاء وزارة الصحة – وبالتالي ترتفع نسبة المقيدين مـنهم بالـدبلومات والماجستير والدكتوراه؛ مما يرفع مستوى التأهيل والمعرفـة الطبية بينهم. كذلك تتوافر شروط الدراسة؛ إذ يعمل هـؤلاء جميعا بالمستشفيات العسكرية العامة، فيجتازون شرطًا قلمـا

يتوافر بين أطباء وزارة الصحة [152]، علاوة على أن وزارة الدفاع تمنحهم تفرغًا أسبوعيا لمدة ثلاثة أيام فـي الأسـبوع لمتابعة الدراسة.

وتقدم الأكاديمية الطبية خدمة مهمة لأطبائها العـسكريين؛ حيث تنتدب لهم أساتذة كليات الطب – التي سجلوا فيهـا – للتدريس لهم بمقر الأكاديمية. أما أداء الامتحانات ومناقـشة البحوث والرسائل ومنح الدرجات العلمية فتـتم كلهـا فـي الكليات. وهكذا يقتصر دور الأكاديمية في تهيئة الجو العلمي للأساتذة للتدريس، وللطلاب للاطلاع بالمكتبة والإفادة مـن بنك المعلومات القائم بها. ولذلك فهي مقسمة إلـى حجـرات

([152]) كان هذا الشرط يقتضي اشتغال طبيب وزارة الصحة ستة أشهر على الأقل في مستشفى مركزي أو عام، ولكنه تعدل إلى سنة كاملة منذ عام 1986. وإذا كان الطبيب العسكري يحصل على النيابة (التـسجيل بالدراسات العليا) بعد عام أو عامين على الأكثر مـن تخرجـه، فـإن زميله بوزارة الصحة يمكث خمس سنوات في المتوسط حتى تتاح لـه هذه الفرصة. وقد استفاد بعض الأطباء – الذين أدوا الخدمة العـسكرية كضباط احتياط – من هذه المزايا في التسجيل لدرجـة الـدبلوم علـى الأقل، ضمن المنح الدراسية للجيش.

للمحاضرات في كل تخصصات الطب ولكل الدرجات العلمية العليا. ومن ناحية أخرى فإن الأكاديمية تعقد لقاءات وندوات طبية عامة، وتدعو إليها الأساتذة المصريين والأجانب لإلقاء محاضرات فيها حسب خطتها السنوية، وتنوه عن ذلك فـي الصحف. ومن أمثلة هذا النشاط العلمـي المكثـف نـدوات "تاريخ الطـب العـسكري" فـي سـبتمبر 1986، ونـدوة "الإشعاعات الذرية" في أكتوبر التـالي، ونـدوة "الجراحـة الميكروسكوبية"، و"التهابات القولون" في نوفمبر. كما عقدت الأكاديمية ندوة عن "أمراض المهنة" فـي ديـسمبر 1986. وبالتالي ينعكس هذا النشاط على الأطباء العسكريين الدارسين فيعايشون التطورات الجديدة في فروع الطـب، ويحتكـون بالكفاءات المحلية والعالمية الأجنبية.

وأما بالنسبة للتدريب الطبي في المجتمعـات الأوروبيـة، فإنه واجب لازم على الطبيب لتحـصيل الخبـرات الطبيـة الجديدة أولاً بأول، بل إن وصـوله إلـى المكانـة المهنيـة المطلوبة مرهون – بالدرجة الأولى – ومتوقف أساسا علـى المعرفة الطبية المتخصصة، وعلى مـدى إدراكـه لمغـزى

إلى الفهرس

الإجراءات المهنية [153]. ويقوم أعضاء التخصص القـدامى بانتقاء بعض التطبيقات والخبرات – التي اكتسبوها من خلال اشتغالهم بالطب – وتوصيلها إلى الجيل الجديد، ويتخذ هـذا التدريب شكل الاحتكاك الشخصي بين المتدربين والمـدربين من القدامى في التخصص. ومن هذه وتلك يتضح لنا حقيقـة الطب كقوة اجتماعية، تتيح للطبيب ممارسة سلطاته الواسعة على المرضى.

ويأخذ النسق الطبي الرسمي في مجتمعنا المصري بهـذا النظام، من حيث التدريب الدائم للأطباء، وتـشجيعهم علـى الحصول على الدرجات العلمية العليا، بالإضافة إلى سـعي الأطباء أنفسهم لتنمية مهاراتهم ذاتيا، للحصول على درجات الزمالة للجمعيات الطبية بالخارج. ومن ناحية أخـرى فـإن وزارة الصحة تجري تدريبا منتظما للأطباء الجـدد، الـذين سيعملون بالريف، يضطلع به الأطباء القدامى أو لو الخبـرة الطويلة في الريف والأقاليم، وذلك لتأهيلهم عمليـا للتعامـل

(153) انظر: Donald Patrick & Grahan Scambler, op. cit., p. 176.

إلى الفهرس

الإيجابي مع البيئة الاجتماعية [154]. بل إن منح الوزارة تقتصر في بعض الأحيان على أطباء الريف هؤلاء تشجيعا لهم، ورفعا لكفاءتهم.

***

ثانيا: الأطباء في الدراسات السوسيولوجية والأنثروبولوجية:

أشارت بعض الدراسات السوسيولوجية المتاحة إلى الممارسة الطبية، ومن زوايا متباينة حسب اهتمام أصحابها: فمنها ما تناول الملامح البنائية لدور الطبيب، والعلاقة بينه وبين المريض (Parsons) – (Cox)، ومنها ما ركز على تعليم الأطباء، وتنشئتهم الطبية (Patrick & Scambler)، على حين أشارت دراسات أخرى إلى سوسيولوجيا المهن الطبية (Mechanic) – (Parsons)، بينما أوضح بعضها الآخر "السلطة الكاريزمية" للطبيب (Foster) وأشار النمط

(154) علي المكاوي، الطب السحري، مرجع سابق، ص (473).

إلى الفهرس

الأخير منها إلى عوامل نجاح الطبيب المصري في أداء الخدمة الصحية (N. El Messeri – Read)، وحامد عمار.

ومن اللافت للنظر في هذه الدراسات على وجه الإجمال أنها اقتصرت على الأطباء الأسنان أو الصيادلة، بل إنها جاءت خلوا من الإشارة إلى أطباء العيون، وبالتالي فهي لم تراع التخصصات الطبية الفرعية المختلفة في داخل التخصص الواحد [155] كما أنها لا تشير بالتفصيل إلى نوعية تعليم وتدريب الأطباء وأصولهم الطبقية، ولا إلى المنطقة الثقافية التي ينتمون إليها، وأثرها على سلوكهم المهني، وتعاملهم مع المرضى، وباقي فريق الخدمات الصحية، علاوة على أنها لم توضح دور المتغيرات الثقافية المزدوج في مساعدة الطبيب على أداء خدماته للمرضى، أو تعويقه في مهمته العلاجية.. إلخ.

([155]) يستثنى من ذلك دراسة واحدة أشارت إلى ارتفاع قيمة الطب في المجتمع، عن طب الأسنان والصيدلة وطب العيون، وحددت بالتالي درجة المكانة التي تشغلها التخصصات الطبية المختلفة. انظر:
Patrict, and Scambler, op, cit., p: (217).

وإذا محورنا الأفكار الرئيسية في تلك الدراسات وجدناها تدور حول واجبات ومزايا دور الطبيب، وملامحه البنائيـة، وأداء الطبيب المهني، وعلاقته بالمريض. وعلى العموم فهي أفكار متفرقة عبر سطور تلك الدراسات. نحاول من جانبنـا هنا بلورتها، وتناولها بشكل متكامل.

1- واجبات ومزايا دور الطبيب:

ينتمـي دور الطبيـب إلـى مجموعـة الأدوار المهنيـة المتخصصة. وقد خـضع هـذا الـدور للتـشكل النظـامي institutionalization فيمـا يتـصل بالمـضمون الفنـي للوظيفة [156]، والقيام بإنجاز الدور على أساس من الكفـاءة الفنية العالية. والملاحظ على دور الطبيب أنه محكـوم بقـيم الإنجاز والعمومية والتخصص الوظيفي، والحياد الوجـداني، وبالتالي فهو دور ذو توجه جمعي، وليس ذا توجه فـردي، مثل دور رجل الأعمال مثلاً. ويـشير بارسـونز إلـى دور الطبيب باعتباره متصلاً يضم مستويات عالية مـن الكفـاءة

---

(156) انظر: talcott Parsons, op. cit. P. (434).

الفنية اللازمة للأداء، والمعرفة والمهارة الطبيـة والتـدريب الكثيف.

وعلى الطبيب أن يسخر كل معرفته التخصصية ومهاراته المتاحة لعلاج المريض، وهذا يضعه فـي موضـع القـوة والتأثير [157]، ولا بد أن يتـسم دوره بالحيـاد الوجـداني؛ إذ لا بد أن يعالج المشكلة الموضوعية في ضوء مصطلحات موضوعية، يمكن تبريرها والبرهنة عليها علميا، فلا دخـل إذن لعاطفة الطبيب نحو المريض – حبا أو بغـضا – فـي دوره المهني. وكذلك فإن الموضوعية المطلقة تطلب منه ألا يفاضل في تعامله الجراحي مثلاً مـع المرضـى بـأمراض معينة.

ومن ناحية أخرى فإننا نجد دور الطبيب يتصف بالتوجـه الجمعي؛ أي ما يسمى في النسق المهني "بجماعة الأقلية" التي قصرت على التوجه الجمعي. وتعطـي أيـديولوجيا الطـب الأولوية المطلقة لرفاهية المريض وراحته، وإيثارهما علـى رفاهية الطبيب نفسه وراحته، ومعنى ذلك أن ينظر الطبيـب

([157]) انظر: Caroline Cox, Op. cit., p. (116).

إلى الفهرس

إلى الطابع التجاري Commercialism للمهنة على أنه شر مستطير، وأن يقاوم بسلوكه المهني [158]. على أن من الطبيعي أن يكون لحافز الربح اعتباره في مهنة الطب شأن أية مهنة أخرى، غير أن مهنة الطب بطبيعة الحال أكثر مراعاة للحالة الصحية للإنسان بصورة لا يجدها الإنسان حتى عند رجال الدين.

وتخلص دراسة بارسونز إلى أن على الطبيب – لكي يضطلع بمسئولياته العلاجية – أن يتواءم مع الموقف الاجتماعي للمريض [159] وعليه أن يدرك النتائج التي تترتب على المريض بعد المرض، وعلى أسرته وعمله، علاوة على تقدير أثر بيئة المريض على مسار حالته وتطورها، فالمريض بحاجة ماسة إلى الخدمة الصحية لأنه لا يعرف الحالة المرضية، ولا يعرفها زملاؤه، ولا حتى أفراد أسرته، ولكن الطبيب يعرف بخبرته وتدريبه طرائق التعامل مع المرضى، كما أن مكانته تتمتع – ولا سيما عند المريض – بالصدق والثبات النظامي، وهو مؤهل خصيصا لمساعدة

([158]) انظر: Talcott Parsons, op. cit., p. (435).

([159]) انظر: David Mechanic, op. cit., p. (114).

إلى الفهرس

المريض في الموقف الحرج [160]، ذلك الموقف الذي يـضع الطبيب موضع السيادة والسيطرة بمقتضى معرفتـه الطبيـة المتخصصة، ومهاراته [161]، علاوة على أنه يحتل المكانـة العليا طبقًا للمهنة الطبية.

وتتلخص واجبات دور الطبيب في [162]:

أ- التعامل مع مشكلات المرضى بقدر كبير من الحصافة والخبرة الطبية، والاستجابة السريعة لحاجات المريض بأسرع مما يستجيب الطبيب لحاجاته هو.

ب- العمل من أجل رفاهية المريض والمجتمـع المحلـي، وتقديم ذلك على مصالحه الذاتية، والرغبة فـي جمـع المال، والإعلان عن نفسه، وتحقيق الشهرة.

ج- الموضوعية والحياد الوجداني، بمعنى ألا يقيم سـلوك المريضة بمعيار شخصي أو يتعاطف معه وجدانيا.

([160]) انظر: Talcott Parsons, op. cit., p. (439).

([161]) انظر: D. Patrick. & G. Scambler, op. cit., p. (59).

([162]) انظر: The Social System, op. cit. pp. (450 – 452).

د- أن يبادر الطبيب بأداء الممارسة الطبية انطلاقًـا مـن قواعدها الأساسية، وأن تكون – هي وحـدها – دليلـه ومرشده في أداء الخدمة الصحية.

على حين تتحدد مزايا دور الطبيب وحقوقـه فيمـا يلي[163]:

أ- الاستقلال الذاتي في الأداء المهني بشكل واضح يستحق الاعتبار.

ب- له الحق في فحص المريض فحصا جـسميا شـاملاً، والاطلاع الدقيق على بواطنه وخبايا جـسمه وحياتـه الشخصية.

ج- يشغل وضع السلطة في علاقته بـالمريض، حتـى أن البعض اعتبر تلك السلطة كاريزمية، من النمط الـذي صاغه ماكس فيبر؛ حيث تُمثل الـسلطة هنـا النـوع الطبي[164].

([163]) انظر: Caroline Cox, op. cit., p. (116).

([164]) انظر: George Foster, op. cit., p. (168).

ولقد كان مدخل بارسونز بنائيا وظيفيـا، ينظـر لـدور الطبيب في ضوء الوظائف التي يضطلع بها في الحفاظ على نظام المجتمع واستقراره، وبالتالي فقد أخرج دراسة رائدة في التحليل السوسيولوجي لمهنة الطب. ومع ذلك فهناك مآخـذ على هذه الدراسة، فهـو يـرى سـيادة الانـسجام الكامـل والعلاقات التبادلية بين المريض والطبيب، في الوقت الـذي أشار فيه غيره من علماء الاجتماع – أمثال فريدسون – إلى المعضلات والصراعات الممكنة في تلك المهنة [165]، ولذلك فإن فريدسون يـرى أن العلاقـات القائمـة بـين الأطبـاء والمرضى تتباين بتباين المعـارف والخبـرات والتجـارب وغيرها؛ مما يمكن تسميته "صدام وجهات النظر" Clask of Perspectives.

2- الملامح البنائية لدور الطبيب:

ينطوي دور الطبيب على أهمية بالغـة – شـأنه شـأن الأدوار الأخرى العديدة – كما أنه ذو نمط جامـد Stereo type معين في مجتمعنا. وعلى ذلك فإننـا لا ننظـر إلـى

---

(165) انظر: Caroline Cox, op. cit., (116).

الطبيب على أنه فقط رجل المعرفة والعلم، والقـادر علـى مواجهة الأعراض المرضية الخطيرة، وإنما ننظر إليه كذلك على أنه يمثل صورة الإنسان الرحيم المفكر الواثق، المهـتم أساسا بالمريض الفرد، والملتزم بتحقيق راحته [166]. وعلى هذا فإن لدور الطبيب في المجتمع المعاصر ملامـح بنائيـة وأنماطًا جامدة تجعله "حليفًا جـذابا " attractive ally فـي أوقات الشدة أو الألم.

وقد أشار بارسونز إلى أن رعاية المريض تعـد نـشاطًا احترافيا ومتخصصا وظيفيا طول الوقـت، ويتحقـق هـذا الوضع خلال تطور المستوى الأدنى من البراعة الفنية. أمـا الكفاءة الفنية العالية فإنها تتطلب من الطبيب أن يكـون لـه تخصص وظيفي دقيق، وبالتالي فإن هذا التكريس المكثـف للخبرة في مجالي الصحة والمرض، يعقبه مباشرة تكـريس الخبرة وتكثيف لها في المجالات الأخرى [167]. والأكثر من هذا أن المتوقع من الطبيب أن يحافظ علـى حالـة الحيـاد

([166]) انظر: David Mechanic, op. cit., p. (419).

([167]) انظر: Talcott parsons, op: cit., p: (435).

الوجداني، وينـتهج الأسـلوب العلمـي الواضـح، علميـا وموضوعيا.

إن نسق التوقعات المحددة والموضـحة لـدور الطبيـب لا يمثل ضمانًا بأنه سيكرس حياته للأبد لهذه المستويات، كما أنها لا تجزم بمحكات الإنجـاز وحـدها كأسـاس لاختيـار الأطباء، ولما كانت كليات الطب لا تقبل إلا عددا قليلاً، فإن الالتحاق بها يشكل أحد الحواجز التي تعوق إنجـاز المكانـة الطبية [168]. وعلى الرغم من توقعنا بأن الطبيب يعالج كـل الناس بشكل متساوٍ – بغض النظر عن رغبته في المعالجـة أو رغبته عنها – إلا أن الأطباء شأنهم شأن معظـم النـاس لديهم تفضيلاتهم التي تؤثر على طريقة علاج مرضاهم، كما أن القيم التي يعتنقها الطبيب لا تؤثر فقط على طريقة تعامله مع مرضى معينين، وإنما تؤثر أيضا على القـرارات التـي يتخذها للحفاظ على حياة المرضى. وهنـاك أنمـاط عديـدة متباينة من الاستجابات لدى الأطباء لا تتسق مـع المتوقـع منهم: فمنهم من يرفض الكشف المنزلي، وبعضهم لا يتحرك

([168]) انظر: David Mechanic, op: cit., p: (116).

إلى الفهرس

لمواجهة حالات الطوارئ، بينمـا يعطـي بعـض الأطبـاء اهتمامهم الأول للحصول على الحد الأقـصى مـن العائـد المالي، وإن كان على حساب المريض ومستقبله، على حـين يسلك بعض ثالث منهم سلوكًا أنانيا في كثير مـن الأحيـان. وبذلك يمكن القول بأن مهنة الطب تضم نوعيـات بـشرية متنوعة من الذين يهبون أنفـسهم للمرضـى، ومـن الـذين لا يتورعون عن بيع المـريض للحـصول علـى أتعـابهم الجشعة، والخلاصة أن الطب – شأنه شأن كـل المهـن – يحوي الأفراد الصالحين والأفراد الطالحين أيضا.

ومن المهم ألا نغالي في تقدير جدوى هـذه الخـصائص والملامح البنائية المحددة، فسلوك الأطباء يختلف ويتنـوع – شأنه شأن سلوك معظم الناس – في مدى الاستجابة لتعليمهم وخبراتهم، والسياقات الاجتماعية التي يعيشون فيها، وبالتالي فمن المعقول أن نتوقع اختلافات عظمى في سلوكياتهم طبقًـا لاختلاف توجهاتهم وتجاربهم وبيئتهم وحاجـاتهم التكيفيـة.. إلخ.

3- الأداء المهني للطبيب:

تؤكد الدراسات على أن الأداء المهني للطبيب يتميز بقدر غير قليل من التفرد، فالمهندس مثلاً يتعامل مع مواد ليست بشرية، والمحامي يتعامل مع نصوص ووقائع قانونية، والصانع يتعامل مع مواد خام صلبة أو سائلة، ولكن الطبيب يتعامل مع كائنات بشرية، ويمارس دوره في وجود أقارب المريض وأهله وأصدقائه. وفي هذا الصدد يسوق باريتو Pareto مجموعة من الأحاسيس التي يطلق عليها "تكامل الفرد" تدور أساسا حول "حرمة الجسد" [169] inviolability فلا ينكشف عليه أحد. ويسمى بارسونز الاطلاع على أجساد الآخرين وتحسسها "امتيازا" يتمتع به الطبيب في ضوء المجتمع وثقافته السائدة، فضلاً عن أن مهنة الطب تستلزم الوصول إلى المعلومات الصادقة عن الحياة الخاصة للمريض، ويزداد الأمر حساسية حينما ندرك أن معظم الحقائق التي ترتبط بمشكلات الناس الصحية تقع في دائرة

([169]) انظر: The Social System, op. cit., p. (451).

إلى الفهرس

الحياة الخاصة التي لا يرغبون في الحديث عنها مع صـديق أو زميل.

ويضاف إلى ذلك أن ارتبـاط مهنـة الطبيـب بالـصحة والمرض والموت يعد عاملاً بـالغ الأهميـة فـي التنـاغم الوجداني emotional toning لدور الطبيب، فإذا لم يكـن لديه ميل إلى شغل مكانة رجل الدين، فهو على صلة وثيقـة بعالم المقدسات، علاوة علـى أن أول خطـوات التـدريب الرسمي تبدأ بالتعرف على جسم الإنسان، من واقع الجثـث المحفوظة، وهذا في حد ذاته يمثل نوعا من الطقس المهيـب Solemn ritual، فالشرح والتحليل الطبي ليسا مجرد وسيلة أدائية لتأهيل دارس الطب، بل فعل سلوكي رمـزي يـرتبط بالأهمية التأثيرية [170]. إنه أشبه إذن بطقس العبـور الـذي لا بد منه لدارس الطب المبتدئ ليؤهل علميا للانخراط فـي الجماعة المهنية الطبية.

والوجه الآخر لتفرد دور الطبيب في أدائه المهني هو أن توقعاتنا بشأنه تختلف عن توقعاتنا لعديد من الأدوار الأخرى

([170]) انظر: Ibid, p. (445).

إلى الفهرس

في المجتمع المحلي [171]، فرجل الأعمال مثلاً يتحفز لتكوين الثروة وتحقيق الربح في تعاقداته وصفقاته، ولكن هل تنطوي علاقة الطبيب بالمريض على هدف الحصول علـى أقـصى عائد مالي؟ لا شك إذن في أن هذا الوضع الجـشع سـيكون مبعث ازدراء المريض للطبيب ومقته.

وعلى أية حال فإن نوعية الأداء المهني للطبيب ترجع إلى طبيعة دوره، وبيئته، وثقافته، والسياق الذي يعمل فيـه. وإذا كانت التنشئة الاجتماعية للطبيب تمارس عليه تأثيرها الممتد في حياته العملية، فإن هناك نمطًا آخر من التنشئة يمـارس تأثيرا موازيا، وهو "التنـشئة الطبيـة " medicali zation التي تقترب كثيرا من قضية القوة والسيادة المهنية. وتعنـي التنشئة الطبية "عملية الامتداد والتوسع، التي تتسع بمقتضاها مجالات الحياة وتمتد، لتخـضع للتحديـد الطبـي الـدقيق، والمساءلة القانونية، وتشخص المشكلة بمـصطلحات طبيـة وتضع لها العلاج الطبي الكفيل بمواجهتها "[172].

([171]) انظر: David Mechanic, op. cit., p. (117)

([172]) انظر: Patrick and Scambler, op. cit., p: 178.

ويمكن النظر إلى التنشئة الطبية من زاويتين. أولاهما تلك التي تنظر إليها على أنها مصدر تـوفير وإعـداد الأطبـاء الجدد، بمعنى أن أنساق الرعاية الصحية ونظمهـا تجتـذب دارسي الطب، وتقدم لهم الحوافز المالية وتدافع عن هيبـتهم ومكانتهم. وبالتالي يتفرغ الطبيب للعمل الطبي، ويكرس وقته وجهده للتصدي للمشكلات الصحية المعاصرة، وتقديم أفضل الحلول لها. غير أن هذا التوسع الرأسي يقدم الكثير والكثيـر من الخدمات، ولكن في مجال طبي واحد مع زيادة التكلفـة. ومن هنا ينبغي التنويع والزيادة في عدد المجالات (التوسـع الأفقي) لتطوير النسق الطبي والمعرفة الطبية التخصصية.

أما الزاوية الثانية للنظر إلى التنشئة الطبية فهي تعتبـر التنويع والزيادة (التوسع الأفقي) بمثابة مؤشرات دالة علـى تزايد الطلب على الخدمات الطبية المتخصصة [173]. وممـا يؤكد ذلك أن الجمهور يبحث دائما عن الأسـلوب المهنـي الأفضل، وعن التخصص الطبي الدقيق، والأداء الماهر فـي الجراحة مثلاً، وفي وصف الدواء اللازم، والمتابعة المستمرة

([173]) انظر: Ibid, p. 179.

إلى الفهرس

للعقاقير الجديدة والأجهزة الحديثة في التـشخيص وطريقـة التعامل مع المرضى.. إلخ. وهكذا فالـسوق مفتـوح أمـام الجميع، ولكن الطلب يزداد على الطبيب ذي التنشئة الطبيـة الجيدة والأداء المهني المتميز. ولعل ظاهرة "إدمان الرعايـة الطبية" في مجتمعنا المعاصـر، نتيجـة طبيعيـة لعوامـل اجتماعية مختلفة منها كثـرة الأمـراض، وتلـوث البيئـة، والإجهاد والضغوط الاجتماعية، علاوة على التفاوت الطبقي والشراهة الاستهلاكية.

4- علاقة الطبيب بالمريض:

تزداد العلاقة الثنائية الشائكة بين المريض والطبيب أهمية بمرور الوقت، بالرغم من أنها لم تعد سوى جزء من عملية معقدة ساهمت إلى حد كبير في تغيير أساس تلك العلاقة[174]. ففي الصورة الكلاسيكية لم يكن الطبيب يلتقي بمرضاه فـي المحيط الطبي لتحقيق الأهداف العلاجية فقط، وإنمـا كـان يقابلهم في منازلهم وفي محيط أسرهم، وفي بيئات اجتماعية أخرى. ولذلك فقد اكتسب خبرة بمختلف العلاقات والظروف

([174]) انظر: J. Folta and E: Deck, op. cit., p. 53.

إلى الفهرس

الإنسانية: فهو يعرف مرضاه، ويعـرف طريقـة معيـشتهم وأهواءهم، وقيمهم، ونقائصهم، ويستطيع التعامل كما لو كان عضوا من جماعتهم.

أما اليوم فيندر أن يزور الطبيب المريض في بيته؛ ممـا ترتب عليه تغير واضح في النسيج الاجتماعي الذي يـربط بينهما خارج المحـيط الطبـي. كـذلك فقـد زاد التفـاوت الاجتماعي وتعقد المجتمع، فصار الطبيب ينتمي إلى بيئـة، وينتمي مرضاه إلى بيئات أخرى مختلفة، لا يكاد يكون لديه خبرة مباشرة بهم، وربما كانت لـديهم خلفيـاتهم التعليميـة المتباينة، أو يعيشون في ظروف اقتصادية مختلفة، أو ينتمون إلى أصول ثقافية غير متوافقة. لقد تقلص تركيز الطبيب إذن على شخصية المريض إذا ما قورن بما سبق، وأفرز التطور العلمي والتكنولوجي في سوق الخدمات الطبية تخصـصات وتنوعات مختلفة لمهام الهيئات الطبية.

وتشير الدراسات السوسيولوجية إلى الأدوار التبادلية بين الطبيب والمريض، فعلى المريض أن يثق في الطبيب ويتبع كل تعليماته، وعلى الطبيب في المقابل تسخير كل معرفتـه

التخصصية، ومهاراته المتاحة لعلاج المـريض [175]. وقـد سعت واجبات الطبيب إلى التقليل من المـشكلات المحتملـة والموروثة في الدور الطبي، والتأكيـد علـى الأخلاقيـات المهنية، والمستويات السلوكية السوية. ولعل مضمون ذلـك يشير إلى قسم أبو قراط Hippocratic oath الطبـي [176].

وعندما تتدعم هذه العلاقات التبادلية بين الطبيب والمريض، يستطيع الطبيب الوفاء بمسئولياته لصالح المريض ولـصالح المجتمع، عن طريق مساعدة المريض فـي التغلـب علـى المرض، والأخذ بيده على طريق الشفاء بقدر المستطاع.

وإذا كان بارسونز وكوكس Cox وغيرهما قـد تنبـأوا بانسجام العلاقة بين الطبيب والمريض واتساقها، فإن هنـاك باحثين آخرين Szasz, Hollender قد حددا ثلاثـة أنمـاط أساسية لتلك العلاقة كما يلي [177].

([175]) انظر: Talcott parsons, op. sit., p. 439.

([176]) انظر: Caroline Cox, op. cit., p. 2,116.

([177]) انظر: Patrick and Scambler, op. cit., pp. 60 – 61.

أ- نمط الإيجابيـة الـسلبية Passivity – activity:
ويتحدد دور الطبيب فيه بعمل شيء مـا للمـريض لإنقاذه ومساعدته على اجتياز الأزمة (الإيجابيـة). بينما يقتصر دور المريض على التلقي، فهـو غيـر قادر على الرد (السلبية). ويتجسد هذا الـنمط فـي حالات الجرح الحاد، أو فقدان الحس، أو الغيبوبة.

ب- نمــط المــساعدة – التعــاون guidance – Cooperation: وفيه يحيط الطبيب المريض علما بما يفعله من أجله في علاج المريض (المـساعدة)، ويتحدد دور المريض في طاعـة الأوامـر وتنفيـذ التعليمات الطبية (التعاون) من أجل التغلـب علـى حالات العدوى الحادة أو الأمراض الخطيرة.

جـ- نمط المشاركة المتبادلة mutual Participation:
ويتجلى هنا دور الطبيب في مساعدة المريض علـى أن يساعد نفسه (المشاركة) ويترجم المـريض دوره في شكل إسهام في عملية المشاركة (التبادل)، وعادة ما يكون هذا النمط في معظم حالات المرض المزمن والتحليل النفسي.. إلخ.

ولعل النمط الثاني (المساعدة – التعاون) أكثر انتـشارا، ولا سيما في استشارات الممـارس العـام حـول الحـالات البسيطة، بينما نلاحظ أن النمط الثالث: (المشاركة المتبادلـة) يفوق النمط الثاني في انتشاره، لأنه مدخل جوهري للتعامـل مع المرض المزمن، الذي يتوقف تنفيذ البرنامج العلاجي فيه على المريض نفسه، مع إشراف موصي من الطبيب. ففـي حالة مرض السكر مثلاً يعتمد المـريض علـى مجموعـة خبرات المرضى، ويحاول الجميـع – بمقتـضى أحكـامهم الخاصة حول النظام الغذائي – تخفيض نسبة السكر في الدم وتغيير استخدام الأنسولين أو الأقراص عند الضرورة.

وقد تعرض هذا النموذج للنقد؛ إذ يقدم نمط العلاقة الـذي يفضله الطبيب في التعامل حتى ينجح في العلاج، بالرغم من أن الصدام في الممارسة بين الطبيب والمـريض يتعـرض دائما للتفاوض بينهما. كذلك فقد رأي البعض أن يتضمن هذا النموذج الثلاثي نمطًا رابعا للعلاقة مؤداه أن المريض يساعد ويرشد، والطبيب يتعاون، وذلك حينما يفي الطبيب بتوقعات المريض: فيصف له الدواء، ويلبي الاستشارة ويقدم النـصح والاهتمام.. إلخ.

إلى الفهرس

ثالثًا: تطور معدلات خدمة الأطباء:

بلغ عدد الأطباء المسجلين بسجلات وزارة الصحة 4797 طبيبا، عام 1950 وفي عام 1984 وصـل عـدد الأطبـاء المسجلين بالجمهورية إلى 65953، منهم 26730 مـسجلون بوزارة الصحة في 1984/1/1 [(178)]. ومنذ بدايـة تـسجيل الأطباء بوزارة الصحة حتى الآن – مـايو 1985 – فـإن المقيدين بنقابة الأطباء يصلون إلى حوالي 75 ألف طبيـب، منهم 26730 يعملون بوزارة الصحة، أمـا البـاقون فـإنهم موزعون على المستشفيات الجامعيـة والقـوات المـسلحة، والعمل الطبي الحر بالقطاع الخاص [(179)]. وتشير سـجلات نقابة الأطباء إلى أن معدل الزيادة السنوية يصل إلى خمـسة آلاف طبيب. وتقوم الوزارة بتسجيل الأطباء بعد تخـرجهم، وإعطائهم شهادة لمزاولة مهنة الطـب، ولمـا كانـت هـذه

([178]) وزارة الصحة، توزيع الأطباء البشريين بـوزارة الـصحة فـي 1984/1/1م.

([179]) نقابة الأطباء، وحدة الكمبيوتر، الأطباء المسجلون بالنقابة حتـى مايو 1985م.

إلى الفهرس

السجلات تمثل وثائق تراكمية ثابتة لكافة الأطباء، فقد أجريت دراسة جانبية لمعرفة أثر التقاعد والوفـاة والتـسرب بـين الأطباء المسجلين، فأوضحت أن الأثر التراكمـي هـو 1% سنويا، وبناء على هذا الفرض فقد نقحـت أعـداد الأطبـاء العاملين في مصر اعتبارا من عام 1980 وحتى عام 1950 مع مراعاة التغيرات عند حساب المعدلات لكل سنة [180].

ففي عام 1950 كان معدل الأطباء بالنسبة للـسكان هـو 3.34 لكل عشرة آلاف نسمة؛ أي بواقع طبيب لكـل 2650 نسمة. والملاحظ أن معدلات طبيب/ سكان، قد ارتفعت خلال عام 1980 إلى أربعة أضعافها بالنسبة لعـام 1950؛ حيـث وصل المعدل إلى طبيب/ 972 نسمة. ومع هذا التقـدم فـي الخدمة بالنسبة للأطباء، فلم نصل بعد إلى مـستوى الـدول المتقدمة التي وصلت معدلاتها إلى طبيب 400 نسمة. ويمكن

([180]) المسح الصحي، مرجع سابق الذكر.

إلى الفهرس

توضيح تطور معدلات الخدمة للأطباء البشريين بالنسبة إلى السكان من الجدول التالي [181].

غير أن تضاعف معدلات الخدمة بهذا الـشكل لا يعنـي شمول الخدمة الصحية لكل سكان مصر بنفس الدرجة، وإنما هي مؤشرات إحصائية ليست لها دلالة ودافعية عادلة فلا هي تُمثل التوزيع الجغرافي العادل على مستوى الجمهورية، ولا هي تراعي الكثافة السكانية للمناطق المختلفة فـي مـصر؛ إذ الملاحظ أن الأطباء يتركزون في العاصـمة، فعواصـم الأقاليم فالمراكز، ويقل عددهم إلى أدناه في المناطق الريفية والبدوية.

([181]) من واقع بيانات الإدارة العامة للتراخيص الطبية. بعـد معالجـة الفاقد، نتيجة الوفاة والتقاعد والتسرب بواقع 1% سـنويا، نقـلاً عـن المصدر السابق.

إلى الفهرس

السنة	عدد السكان التقديري بالألف	عدد الأطباء	المعدل لكل 10.000 نسمة	الرقم القياسي للمعدل سنة الأساس 1950	عدد السكان لكل طبيب
1950	20461	4797	2.34	100	4265
1955	22990	6785	2.95	126	3388
1960	26085	10620	4.07	173	2456
1965	29389	12936	4.40	188	2272
1970	33053	16726	5.06	216	1976
1975	36997	25808	6.98	298	1434
1980	42289	43509	10.49	440	972

على مستوى الجمهورية، وبالتالي فإننا إذا تناولنا التوزيع الجغرافي، لمعدلات خدمة الأطباء، لـزم مراعـاة الكثافـة السكانية للمناطق المختلفة، ومدى انتشار التجمعات السكانية. فإذا أخذنا محافظات الحدود كمثال (سيناء – مرسى مطروح – الوادي الجديد – البحر الأحمـر) وجـدنا أن مـساحاتها شاسعة بالنسبة للسكان، كما يتضاءل حجم التجمعات السكانية التي تتباعد عن بعضها. وبالتالي ترتفـع معـدلات خدمـة الأطباء إلى عدد السكان بها، نظرا لقلة عدد السكان بالنـسبة للمساحة الكلية للمحافظة، فتقل معها الكثافة السكانية، ومـن

إلى الفهرس

هنا يرتفع معدل أطباء وزارة الصحة لكـل 10.000 نـسمة ليصبح 8.4 في مرسى مطروح، و10.3 في البحر الأحمر، و21.1 في سيناء. وينخفض هذا المعدل قليلاً في محافظـات القناة (بورسعيد 6.7 والإسماعيلية 5.1 والسويس 7.3) نظرا لقلة المساحة وزيادة عدد سكان المحافظة، وارتفاع معـدلات الكثافة السكانية. وتلا محافظتا الإسـكندرية والقـاهرة هـذه المحافظات في معدل الأطباء/ السكان، باعتبارهما عواصـم مكتظة بالسكان وعالية الكثافة، وتنال من الاهتمام الحكـومي ما يفوق جميع المحافظات الأخرى في مصر، وهي صـورة من الظلم الاجتماعي في توزيع الخـدمات الـصحية. أمـا بالنسبة لمحافظات الوجهين البحري والقبلي فهـي متجانـسة عموما في هذا المعدل، عدا محافظتي البحيـرة (2.9) وقنـا (2.7). وتجدر الإشارة إلى أن كل هذه المعدلات قد حـسبت فقط بالنسبة إلى الخدمة الصحية الحكومية التي تؤديها وزارة الصحة فقط، حسب الموقف في أول يوليـو 1981 وطبقًـا للجدول [182].

([182]) المسح الصحي، المصدر السابق.

إلى الفهرس

المحافظة	أطباء بوزارة الصحة لكل 10.000 من السكان	نسبة الممرضة إلى الأطباء بوزارة الصحة
القاهرة	4.6	1.2
الإسكندرية	6.0	1.3
بورسعيد	6.7	3.0
السويس	7.3	3.2
الإسماعيلية	5.1	1.8
دمياط	6.3	2.0
الدقهلية	5.2	1.6
الشرقية	3.5	1.8
القليوبية	3.9	1.7
كفر الشيخ	4.1	2.0
الغربية	4.6	2.5
المنوفية	4.1	1.9
البحيرة	2.9	2.8
الجيزة	5.7	1.0
	4.1	3.0
	4.0	2.3
	3.2	1.9
	5.0	0.9
	4.6	0.7

المحافظة	أطباء بوزارة الصحة لكل 10.000 من السكان	نسبة الممرضة إلى الأطباء بوزارة الصحة
بني سويف	2.7	1.1
الفيوم	7.1	0.7
المنيا	8.4	1.8
أسيوط	7.5	1.9
سوهاج	10.3	1.6
قنا	21.1	5.0
أسوان		
مطروح		
الوادي الجديد		
البحر الأحمر		
سيناء		
المتوسط	4.60	1.6

رابعا: معدلات الخدمة الصحية لأطباء الأسنان:

افتتحت أول كلية لطب الأسنان في مـصر عـام 1925 وكانت بالطبع في القاهرة، ثم أنشئت ثلاث كليـات أخـرى لطب الأسنان في الإسكندرية وطنطا والمنـصورة. وتـشير بيانات المسح الصحي لمصر – التي تتخذ من عدد خريجـي طب الأسنان عام 1950 أساسا لمقارناتها – إلـى أن عـدد خريجي طب أسنان القاهرة عام 1950 كان 9 أطباء، وخلال الفترة من 1950 إلى 1955 ازداد العدد بنسبة 4.6 مرة عنه في عام 1950 ليصل إلى 42 طبيبا، ثـم اسـتمرت أعـداد الخريجين في التضاعف حتى بلغت 192 طبيبا عام 1965، كما تشير بيانات المسح الصحي لمصر.

غير أن البيانات الإحصائية التي حصلت عليها من كليـة طب الفم والأسنان بجامعة القاهرة توضح خلاف ذلك: فقـد بلغ عدد خريجيها في عام 1965، 101 طبيب أسـنان. ثـم طرأت الزيادة على هذا العدد بنسبة 44% تقريبا ليصل إلـى 145 في عام 1970، وفي عام 1975 تضاعف العدد ليصبح 302، وتستمر الزيادة في عام 1980 ليصبح عدد الخريجين 467، ثم ينخفض العدد قليلاً إلـى 445 فـي عـام 1984

(دوري مايو وسبتمبر) [183]، كما هـو موضـح بالجـدول التالي:

السنة	عدد الخريجين
1965	101
1970	145
1975	302
1980	467
1984	445

ولكن أثر الكليات الجديدة بدأ يتضح خـلال الفتـرة مـن 1965 إلى 1970؛ حيث ارتفع العدد إلى 487 طبيبا وخلال الخمس السنوات الأخيرة تضاعف عدد الخـريجين بافتتـاح طب المنصورة وطنطا للإنسان، حتى بلغ 752 طبيبا، وهكذا يمكن القول بأن عدد خريجي طب الأسنان في مـصر قـد تضاعف 83 مرة خلال ثلاثين عاما، كما يوضـح الجـدول التالي [184]:

([183]) بيانات حصلنا عليها من واقع سجلات شئون الطلاب بالكلية.

([184]) المسح الصحي، مصدر سابق.

إلى الفهرس

السنة	عدد الخريجين	معدل التغير (سنة 1950 كأساس)	متوسط الزيادة السنوية
1950	9	100	-
1955	42	467	73.3
1960	89	989	22.4
1965	192	2133	23.1
1970	487	5411	30.7
1975	457	5078	-0.1
1980	752	8356	12.9

وتقدم وزارة الصحة منحا دراسية لأطباء الأسنان؛ حيث توفدهم إلى الخارج لاستكمال دراساتهم العليا، وقد قفز عدد هذه المنح من 36 منحة عام 71/ 1972 إلى 92 منحة في عام 1981/80، فضلاً عن الأطباء الذين يلتحقون بالدراسات العليا بكليات طب الأسنان في مصر، ومنها على سبيل المثال – كلية طب الأسنان بجامعة القاهرة التي بدأت تمنح درجات الدكتوراه منذ عام 1969 والماجستير منذ عام 1975

إلى الفهرس

والدبلوم منذ عام 1955. ويمكن توضيح ذلك بالجدول التالي (185):

السنة	الدبلوم	الماجستير	الدكتوراه
1955	1	-	-
1960	2	-	-
1965	17		
1969	21	-	-
1970	43	-	1
1975	39		4
1976	39	-	5
1977	22	2	8
1978	26	7	16
1979	35	8	7
1980	35	7	5
1981	57	1	9
1982	78	9	20
1983	18	17	7
1984	112	27	4
		6	14
		35	

---

(185) سجلات الدراسات العليا بالكلية.

المجموع الكلي	545	119	100

وتدل إحصاءات نقابة أطباء الأسنان على أنه منذ إنشاء النقابة في عام 1942 وحتى ديسمبر 1970، كان عدد أطباء الأسنان المسجلين بها 1713 طبيبا، تضاعف هذا العدد حوالي خمس مرات عام 1984 ببلوغه 9227 طبيبا. ويمكن توضيح هذه الزيادة على النحو الآتي[186]:

السنة	عدد الأطباء المقيدين
ديسمبر1970	1713
ديسمبر 1971	2088
ديسمبر 1975	3375
ديسمبر 1980	6128
ديسمبر 1984	9227

(186) نقابة أطباء الأسنان، سجلات المقيدين بالنقابة حتى ديسمبر 1984.

أما عن تطور معدلات الخدمة لأطباء الأسنان في مـصر بالنسبة لعدد السكان، فيمكن توضيحها من خـلال الجـدول التالي [187]:

البيان السنة	عدد السكان التقديري بالألف	عدد أطباء الأسنان المسجلين	المعدل لكل 100.000 نسمة	الرقم القياسي للمعدل (سنة 1950 كأساس)	عدد السكان لكل طبيب أسنان
1950	20461	361	1.8	100	56679
1955	22990	561	2.4	155	40980
1960	26085	983	3.8	272	26536
1965	29389	1365	4.6	378	21530
1970	33053	2277	6.9	631	14516
1975	36997	3825	10.3	1060	9672
1980	42289	6534	15.5	1810	6472

([187]) المسح الصحي. مرجع سابق.

إلى الفهرس

وتشير بعض الدراسات الغربية إلى أن كل التخصصات التي تقدم الخدمات الصحية بالمستشفى لا تحظى بنفس الدرجة من القوة أو الهيبة. وبالتالي فهناك تفاوت بينها يتمثل في ارتباط التخصصات القيادية (في القوة أو الهيبة) بالطبقة الاجتماعية الأعلى (مثل الأطباء وأطباء الأسنان والصيادلة). على حين ترتبط التخصصات الأدنى (في الهيبة) أو الأقل تأثيرا (في القوة) بالطبقة الوسطى مثل الممرضات وأخصائي علاج النطق والكلام، والأشعة والتغذية والعلاج المهني والعلاج الطبيعي. ومن ناحية أخرى فإن أصحاب التخصصات القيادية يتلقون تدريبا طبيا طويلاً بالجامعة، ويظلون يجرون بحوثًا ودراسات لتطوير معرفتهم الطبية[188]. بينما يقل التدريب الذي يتلقاه أصحاب التخصصات الأدنى ويكتسبون خبرتهم في أثناء العمل، علاوة على أنهم يحصلون على المعرفة من خلاصة ما يقدمه أصحاب التخصصات الأعلى من دراسات وبحوث.

***

([188]) انظر. Patrick and Scambler, op. cit., p. (216).

إلى الفهرس

خامسا: إسهام الصيادلة في النسق الطبي الرسمي:

افتتحت أول كلية للصيدلة عام 1911، ثم اتسع بعدها الاهتمام بالتعليم الصيدلي فأنشئت كليات أخرى، حتى صار عددها الآن ست كليات، هي: القاهرة، والإسكندرية وأسيوط وطنطا والمنصورة والزقازيق. وكان عدد الخريجين 70 صيدليا في عام 1950، تضاعف في عام 1955 إلى 146، ثم استمر في الزيادة حتى وصل إلى 327 صيدليا في عام 1965، ولكن عام 1970 شهد قفزة هائلة حين وصل العدد فيه إلى 821 صيدليا بزيادة قدرها 151% عن عام 1965. واستمرت الأعداد في ارتفاعها حتى وصلت في عام 1980 إلى 1440 صيدليا، وتضاعف العدد بذلك عنه في عام 1950 عشرين ضعفًا. ويمكن توضيح هذا التطور في أعداد خريجي كليات الصيدلة على النحو التالي [189].

السنة	عدد الخريجين	معدل التغير (1950 كأساس)	متوسط الزيادة السنوية

(189) المسح الصحي، مرجع سابق.

1950	70	100	-
1955	146	209	21.7
1960	260	371	15.6
1965	327	467	5.2
1970	821	1173	30.2
1975	1164	1163	8.4
1980	144	2057	4.7

وبالرجوع إلى نقابة الصيادلة بالقاهرة تبين أن عدد المقيدين بها منهم منذ إنشائها في عام 1941، وحتى عام 1978، قد بلغ 13415 صيدليا. ولم يكن هناك حصر إحصائي سنوي للصيادلة خلال تلك الفترة. وقد ارتفع هذا العدد خلال الست سنوات التالية – حتى ديسمبر 1984 – ليصبح 211670 صيدليا، وأما الصيدليات فيبلغ عددها على مستوى الجمهورية سبعة آلاف تقريبا [190].

على أن البيانات الإحصائية التي حصلنا عليها من نقابة الصيادلة حتى عام 1984 تختلف كثيرا عن بيانات المسح الصحي المناظرة. وعلى العموم فهي مشكلة لا يخلو منها

([190]) سجلات نقابة الصيادلة بالقاهرة.

إلى الفهرس

قطاع خدمي أو إنتاجي في مصر. وسـوف أقتـصر علـى عرض الإحصاءات الأخيرة التي استمددتها من النقابة فـي مايو 1984 عن السنوات السابقة حتى عام 1979، وعلـى النحو التالي [191]:

السنة	عدد خريجي كليات الصيدلة بمصر
1979	1097
1980	1266
1981	1784
1982	1329
1983	1312
1984	1467

وعلى ذلك فقد تطورت معدلات خدمة الصيادلة بالتبعيـة لكل 100.000 نسمة، خلال الثلاثين عاما الماضية، بصورة يمكن أن نتبينها من هذا الجدول [192].

(191) سجلات قيد خريجي كليات الصيدلة الست بالجمهوريـة، بمقـر النقابة.

(192) المسح الصحي. مرجع سابق.

إلى الفهرس

البيان السنة	عدد السكان التقديري بالألف	عدد الصيادلة المسجلين	المعدل لكل 100.000 نسمة	الرقم القياسي للمعدل (سنة 1950 كأساس)	عدد السكان لكل صيدلي
1950	20461	1487	7.49	100	13760
1955	21990	2005	8.72	120	11466
1960	26085	2717	10.42	143	9601
1965	29389	3990	13.58	186	7366
1970	33053	6056	18.32	251	5458
1980	42289	15992	37.80	519	2644

ومن الجدول السابق نتبين أن معدل خدمة الصيادلة لكل 100.000 من السكان بلغ 7.49 في عام 1950، ثم ارتفع إلى 37.8 في عام 1980، فبلغ المعدل بذلك خمسة أضعاف عام 1950 إلى 2.6 ألف نسمة في عام 1980.

ومن ناحية أخرى توضح الدراسات الاقتصادية للخدمات الصحية أن معدلات خدمة الصيادلة إلى عدد السكان في مصر ليست معدلات سيئة إذا قيست بالدول الأخرى سواء المتقدمة منها – كفرنسا والولايات المتحدة وانجلترا –

إلى الفهرس

أو النامية كتونس والسودان [193]. وتبرهن بعض هذه الدراسات على أن معدل صيدلي/ سكان يبلغ 0.53 في عام 1980 بالنسبة للعاملين بوزارة الصحة، و3.34 في نفس العام بالنسبة لكل الصيادلة المسجلين.

وقد حاولت بعض الدراسات العربية إجراء المقارنات بين التخصصات القيادية في الخدمات الصحية، فقارنت أحداها (Jamous & Peloille) هي عام 1970 بين تخصصات الجراحة وطب العيون والصيدلة والأسنان، وخلصت إلى وجود اختلافات بينها في مستوى اليقين العلمي وفاعلية المعرفة الطبية في التشخيص والعلاج والتنبؤ [194]. وإذا كنا نفتقر إلى مثل هذه الدراسات في مصر، إلا أننا نطرح صورة أولية عنه من واقع المعايشة لمجتمعنا المصري عامة، ولأطباء المؤسسات الصحية موضع دراساتنا الميدانية بصفة خاصة.

([193]) د. هبة نصار، مرجع سابق، ص 318.

([194]) انظر: Patrick and scrambler, op. cit., p. 217.

إلى الفهرس

فالملاحظ في مصر أن كليات الطب تقبل الحاصلين على أعلى الدرجات، تليها كليات طب الأسنان والصيدلة. وبالتالي تنفرد كليات الطب بأعلى مكانة بين هذه الكليات الأخـرى. ومن جانب آخر فإن الوسط الاجتماعي لطلاب الطب يرتبط غالبا بالطبقات العليا خاصة والوسطى عامـة، ونـادرا مـا يلتحق به طلاب من الطبقات الدنيا. ولذلك نجـد أن معظـم الأطباء هم أبناء الطبقة العليا أو الوسطى من بين أصـحاب المهن الراقية والملكيات الكبيرة والحيازات الواسعة.. إلـخ. وهذا علاوة على أن مصروفات وتكاليف التعليم الطبي تفوق كثيرا طاقات وإمكانيات الطبقات الدنيا. وهكذا تتدعم مكانـة كليات الطب بين الكليات الأخرى مرة ثانية. أضف إلى ذلك أن مكانة الكلية المتخصصة تتحدد أيضا في ضـوء العائـد المادي الذي تحققه للخريج. فإذا كانت كلية طـب الأسـنان تحقق لخريجها عائدا أقل مما تحققه كلية الطب، زاد الإقبـال على ذات العائد الأكبر (الطب) وقل على طب الأسنان. وإذا كان عائد كلية الصيدلة أكبر من هاتين الكليتين، زاد الإقبـال عليها دونهما. إذن فالعائد المادي مؤشر دال على العـرض

إلى الفهرس

والطب في المجتمع، ودال أيضا على مكانة التخصص ودرجة ما يتمتع به من مكانة قيادية في الخدمات الصحية.

ومن ناحية أخرى فإن نظرة المجتمع إلى الطبيب تتميز بتقدير وهيبة تفوق نظيرها في حالة طبيب الأسنان أو الصيدلي. وتعتمد هذه النظرة على مدى استقلالية وتفرد كل فرع من هذه الفروع؛ حيث يعتمد الصيدلي على ما يقرره الطبيب، وطبيب الأسنان يقتصر تعامله على منطقة الفم فحسب، علاوة على أن أمراض الأسنان لا تحظى بالاهتمام من المجتمع، وغالبا ما يلجأ المريض بأسنانه إلى الحلاق أو التمورجي لخلعها بالدرجة الأولى – وليس علاجها – مما يدل على وجود منافس لطبيب الأسنان من هذه الزاوية. على حين يفهم الطبيب عموما الجسم البشري، وفي معظم حالات المرض وبالتالي يغطي نطاق معرفته جسم الإنسان كله تقريبا، وهكذا تتفوق مكانة الطبيب وتطغى على مكانة التخصصات الأخرى، فيصبح متفردا متميزا بين التخصصات المختلفة في الخدمة الصحية.

وإذا كان ما سبق يصدق على فروع الطب والصيدلة في مرحلة البكالوريوس، فإنه أكثر صدقًا على مرحلة الدراسات

العليا (النيابات) وفي كليات الطب بالتحديـد؛ حيـث يظهـر الحرص على العائد المادي، ونظرة المجتمـع للتخـصص، وحجم الخطر المحتمل.. إلخ. ففي البداية تنقسم النيابات إلـى نيابات علاجية (تضم كل التخصصات العلاجية من أمراض النساء والعيون والقلب والجراحة والأعـصاب وغيرهـا)، ونباتات وقائية (تضم التخصصات الوقائية كالصحة المدرسية وطب المجتمع والصحة العامة وصحة الريـف). وبالتـالي يحرص كل طبيب على النيابة العلاجية لأنها ذات عائد يفوق النيابة الوقائية. ومن زاوية أخرى يحبذ الأطباء تخصـصات معينة – في داخل النيابة العلاجية – في ضوء حجم الطلـب عليها والعائد بالتالي منها. فالغالبية منهم تفـضل تخـصص طب الأطفال وأمراض النساء، بحكم الطلب المتزايد عليهمـا وعائدهما العالي والخبرة التي اكتسبها طبيب الريف فيهمـا أثناء التكليف. في حين تهرب هذه الغالبية من نيابة الأشـعة ذات الأخطار المحتملـة، والإجـراءات الوقائيـة الفقيـرة، فيتعرض الطبيب لخطر الإشعاع، وقد لا يكمل دراساته العليا فيها – كما رأينا في الدراسة الميدانية – وهكذا يقـل الـدور

القيادي لتخصص الأشعة بين تخصصات الخدمة الـصحية، وبالتالي تقل مكانته بينها.

سادسا: تطور خدمات التمريض فـي النـسق الطبي الرسمي:

هناك مستويات مختلفة من خريجـي معاهـد التمـريض ومدارسه، بدأت في عام 1832؛ حيث أنـشأ محمـد علـي مدرسة لتخريج الإناث وإجازتهن لممارسة الطب (الحكيمات) ليحللن محل الدايات. وكان على الفتاة أن تقضي فيها سـت سنوات ما بين تدريب ودراسة بما فيها عامان فـي البدايـة لتعليمها القراءة والكتابة، لتحصل في نهايتها علـى شـهادة تجيز لها القيام ببعض الخدمات الصحية الوقائية والعلاجيـة: كالتطعيم والتوليد، ومعالجة النسوة والأطفـال [195]. ولكـن نظام الحكيمات نجح في الحضر، وإن لم ينجح بنفس الدرجة في الريف. وظل الحال كذلك حتى عهد الاحتلال الإنجليزي لمصر في عام 1882؛ حيث أدخل الإنجليز نظام التمريض، حتى غطى كلية على نظام الحكيمات، إلى درجة أن مدرسة

([195]) انظر: Narval El Messeri, op. cit., p. (9)

إلى الفهرس

الحكيمات تحولت إلى مدرسة تجارية بسيطة، ثم أدخل نظام الدايات القانونيات في عام 1912، تلاه في عام 1928 نظام مساعدات الممرضات [196]، وفي عام 1941 أدخـل نظـام مساعدات المولدات.

وفي عام 55 – 1956 أنشئ المعهد العـالي للتمـريض التابع لكلية طب الإسكندرية مع هيئة الصحة العالمية، وكان عدد الطلبات عند إنشائه 17 طالبة تخرجت منهن أول دفعـة في عام 58 – 1959 تضم خمس خريجـات مـنهن فتـاة سودانية. وفي عام 1956 أدخل نظـام الممرضـة (ثـلاث سنوات)، على حين بدأ في عـام 1973 نظـام خريجـات المدارس الثانوية الفنية للتمريض، التي حلت محل مـدارس التمريض، ومدارس المساعدات، ومدارس الزائرات، وهـو المعمول به حاليا فقط لتخريج الممرضات، بجانب المعاهـد العليا لتخريج مشرفات التمريض، فضلاً عن شعبة التمريض بالمعاهد الفنية الصحية. وفي هذا الصدد يمكن الاقتصار على

([196]) المسح الصحي، مرجع سابق.

إلى الفهرس

إبراز تطور المستوى الجامعي (المعاهد العليـا للتمـريض) ودوره في الخدمة الصحية في مصر.

فقد كانت أول دفعة لخريجات المعهد العـالي للتمـريض خمس خريجات، زادت إلى 27 مشرفة في عام 1961/60، ثم ارتفع العدد إلى 44 مشرفة في سنة 1966/65، وفي عام 70/ 1971 تضاعف العدد فوصل إلى 121 مـشرفة مـع افتتاح معهد القاهرة في عام 1964، فقد تخرجت أول دفعـة عام 1968، وكان عددها هي الأخرى خمس خريجات، ثـم تضاعف العدد في عـام 1970 ليـصل إلـى 20 مـشرفة تمريض. وظل المعدل ثابتًا مع زيادة ضئيلة، فقـد بلـغ 21 خريجة في عام 1975. ولم يلبث العدد أن تضاعف في عام 1980 ليصل إلى 48 خريجة، ليحافظ المعهد بعد ذلك علـى هذا المعدل، الذي وصل في عام 1984 إلـى 46 مـشرفة تمريض. ويمكن توضيح هذه البيانات بالجدول التالي [197]:

([197]) بيانات حصلنا عليها من واقع سجلات شئون طالبات المعهد فـي مايو 1985.

إلى الفهرس

السنة	عدد الخريجات
1968	5
1970	20
1975	21
1980	48
1984	46

ولم يكد يحل عام 1980/79 حتى ارتفع عدد خريجـات المعاهد العليا للتمريض إلى 160 مشرفة تمريض. ويمكـن توضيح هذا التطور في أعـداد خريجـات المعاهـد العليـا للتمريض من خلال الجدول التالي [198].

السنة	عدد الخريجات	معدل التغير (59/58 كأساس)	معدل الزيادة السنوية
1959/58	5	100	-
1961/60	27	540	%220.0
	44	880	
1966/65	121	2420	%12.6
1971/70	139	2780	%35.0
	160	3200	

([198]) المسح الصحي، مصدر سابق.

إلى الفهرس

1976/75			%3.0
1980/79			%3.8

والجدير بالذكر أن الممرضـات ومـشرفات التمـريض عموما يلعبن دورا حاسما وحيويا في أداء الخدمات الصحية، فهن حلقة الاتصال بين الأطباء والمرضى [199]. ولذلك فـإن النقص في أعداد الممرضات أو إعـدادهن سـوف يـؤدي بالضرورة إلى قـصور فـي وصـول الخدمـة الـصحية للمرضى[200]. ومن ناحية أخرى فإن الفريق الصحي العامل بالقرى والمجتمعات المحلية إذا أنقص فيه عدد الممرضـات عما يجب، فشل النسق الطبي الرسمي في الاضطلاع الكفء بتقديم خدماته الصحية، فـدور الممرضـة ينطـوي علـى عنصرين معا وهما العنصر الفنـي والعنـصر الاجتمـاعي الوجداني [201]، فهي مسئولة بطبيعة الحـال عـن الرعايـة المستمرة للمريض، وتأمين راحته وسـلامته، والاسـتعداد

([199]) انظر: .E: Lomon Koos, op: cit., p. (238)

([200]) انظر: .Caroline Cox, op. cit:, I. (114)

([201]) انظر: David Mechanic, op. cit, p. (363)

الدائم للاستجابة له بطريقة تعي المشكلات الطبية للمـريض، والفهم الذاتي للمرض والتكيف الاجتماعي. وهكـذا ينبغـي عليها أن تعايش وتلائم بين أدوارهـا. كفنيـة، ومستـشارة، ومعلمة وشارحة، وقائدة [202]... إلخ.

وعلى هذا الأساس فإن وزارة الـصحة تحـرص علـى تدريب مشرفات التمـريض، ورفـع كفـاءتهن الأكاديميـة والعملية، ولذلك فهي تقدم لهن منحا تدريبية بلغت 48 – في الفترة من 1971/70 إلـى 1981/80 – للحـصول علـى درجات الماجستير والدكتوراه. وقد بلغ عدد المنح المقدمـة للممرضات خلال نفس الفترة 4364 منحة للحـصول علـى دبلومات التخصص الطبي بعد الحصول على دبلوم التخريج.

أضف إلى ذلك أن المعاهد العليا للتمريض تمنح درجـات الدبلوم العالي والماجستير والدكتوراه للدراسات على نفقتهن الخاصة، أو على حساب المنح التي تقـدمها وزارة الـصحة لمشرفات التمريض بمستشفياتها. وعلى سبيل المثـال فـإن معهد التمريض بجامعة القاهرة يؤهل الخريجات للحـصول

([202]) انظر: E: Lomon Koos, op. cit. pp. (238 – 243)



على درجتي الماجستير والدكتوراه، فقـد مـنح المعهـد 36 درجة ماجستير، و6 درجات دكتوراه خلال الفترة من 1979 حتى عام 1984 وإن لم تتوافر لدينا بيانات إحـصائية عـن الفترة من 68 حتى 1978 [203].

أما عن تطور معدلات الخدمة التمريضية، فقد كان عـدد أفراد هيئة التمريض في عام 1950 بالنسبة لكل عشرة آلاف نسمة 0.50 ممرضة؛ أي ممرضـة واحـدة لكـل 19561 نسمة، ثم بدأ الارتفاع التدريجي فبلغ ممرضـة لكـل 1731 نسمة في عام 1955. ولكن ما أن بـدأت الـستينيات حتـى توالي افتتاح مدارس التمريض، واحدة بعد الأخرى، الأمـر الذي بدا أثره واضحا على المعدل؛ حيث بلغ ممرضة لكـل 3744 نسمة في عام 1960، ثم وصل إلى ممرضـة لكـل 2270 نسمة خلال عام 1965، ثم بلغ ممرضة لكـل 1504 نسمة في عام 1970[204]. ومع بداية عام 1976 بدأ تخريج دفعات المدارس الثانوية الفنية للتمريض، فارتفع المعدل حتى بلغ ممرضة لكل 816 نسمة عام 1980. وعلى هذا الأساس

(203) بيانات حصلنا عليها من واقع سجلات شئون الطالبات بالمعهد.

نلاحظ ارتفاع أعداد هيئة التمريض، إلى درجة تضاعفت حوالي 24 ضعفًا عام 1980 عما كانت عليه في عام 1950. ويوضح الجدول التالي معدل الخدمة التمريضية لكل 10.000 نسمة، وعدد السكان الذين تخدمهم الممرضة الواحدة، والرقم القياسي لمعدل الخدمة بفرض سنة 1950 سنة أساس [204].

السنة	عدد السكان التقديري بالألف	هيئة التمريض المسجلة	المعدل لكل 10.000 نسمة	الرقم القياسي للمعدل (1950 سنة أساس)	عدد السكان لكل ممرضة
1950	20461	1046	0.50	100	19561
1955	21990	1342	0.58	116	17131
1960	26085	6968	2.67	534	3744
1965	29389	12947	4.41	882	2270
1970	33053	21984	6.65	1330	1504
1975	36997	30606	8.27	1654	1209
1980	42289	51835	12.26	2456	816

(204) المسح الصحي، مصدر سالف الذكر.

إلى الفهرس

وإذا كان هذا شأن تطور معدلات الخدمـة التمريـضية، وعدد الممرضات ومشرفات التمريض، ودور وزارة الصحة والمنح التي تقدمها للارتقاء بمستوى الأداء المهني لهؤلاء من واقع الإحـصاءات، إلا أن الواقـع الاجتمـاعي والثقـافي المصري يمارس تأثيرا بالغًا على كل ما يتصل بـالتمريض. ويتخذ هذا التأثير نمطًا أو أكثر من الأنماط التالية التي تحققنا منها في دراستنا الميدانية:

1- يحول الواقع الاجتماعي والثقافي في بعض الأحيان دون الإقبال على مدارس ومعاهد التمريض.

2- يساعد الواقع علـى التـسرب إلـى المستـشفيات والعيادات الخاصة بمصر والبلاد العربية.

3- يعوق الواقع الممرضة عن أداء دورها بكفاءة فـي المؤسسة الصحية الحضرية عامة والريفية والبدوية بنحو خاص.

4- يدفع هذا الواقع الممرضة للاستقالة من الخدمة.

وفي كل هذه الحالات تتأثر الخدمة الصحية بحيث يرتفـع معدل دوران العمل نتيجة لظروف اجتماعية وثقافية، وتقـل كفاءة الأداء الخـدمي، وبالتـالي يـصبح معـدل الخدمـة

إلى الفهرس

التمريضية/ السكان مضللاً لأنه يتضمن الإشارة العددية فقط دون التركيز على مضمون الأداء أو كيفيته في ضوء هـذا الواقع الاجتماعي والثقافي، وفيما يلي تفصيل لأنماط تأثيره:

1- **أما بالنسبة للتأثير الواقع في مـدى الإقبـال** علـى مدارس ومعاهد التمريض فإنه يتضح في قلة الإقبـال عموما، بحيث يتحكم مجموع الدرجات فقط، ولـيس الرغبة في دراسة هذا المجال. إذن فالطالبة لا تختار التمريض ولا تنجذب إليه، وإنما ترغب أساسـا فـي نوع من الدراسة يؤهلهـا للحـصول علـى مؤهـل مستحب، ويحقق لها عائدا مجزيا، ويتيح لها العمـل بعيدا عن المستشفيات والأمراض والأوجاع. كـذلك تحول نظرة المجتمع المتدنيـة للتمـريض دون هـذا الإقبال. كما تسهم التصورات الاجتماعية السائدة حول الممرضات، والمواد الإعلامية العديدة التي تصورهن بشكل غير مستحب، في التحفظ الشديد نحو الإقبـال على هذه الدراسة والانخراط في دور مهني مستهجن أحيانًا. أضف إلى ذلك أن معظـم طالبـات مـدارس التمريض يردن الحصول على دبلوم يؤهلهن للعمـل

السريع ويخفف العبء عن الأسرة، على عكس التعليم العام والفني الذي لا يـضمن عمـلاً سـريعا حاليـا للخريجين.

2- **يؤدي الواقع الاجتماعي والثقافي المتغير** إلى زيـادة عدد المستشفيات والعيادات الخاصـة التـي تطلـب ممرضات ومشرفات تمريض بمرتبات مجزية تفـوق أضعاف نظيرها بالحكومة. ونظرا لارتفاع تكـاليف وأعباء المعيشة حاليـا، فـإن الممرضـات يحـاولن الحصول على إجازة بدون مرتـب للعمـل بالقطـاع الخاص، وتتجدد الإجازة تباعا، لتعود الممرضة بعدها إلى عملها الحكومي ساخطة ناقمة، زاهدة فـي الأداء المهني، محبطة من هول الواقـع العملـي وأعبـاء المعيشة. ومن ناحية أخرى تحاول معظم الممرضات بالحضر العمل فترة مسائية على مدى نصف أسـبوع بالعيادات والمستشفيات الخاصة، ليحصلن على عائـد أسبوعي يفوق ما يتقاضينه في شهر. وهكـذا تبـذل الممرضة جهدا فائقًا في العمـل الخـاص، وتلـتمس الراحة الجسمية في العمل الحكومي، وعلى حـساب

أداء الخدمات الصحية ذاتها. كذلك زاد معدل التسرب إلى البلاد العربية؛ حيث المرتبات العالية والمستوى المعيشي المرتفع، ومما زاد المشكلة في الخدمة الصحية، أن التسرب انحصر في فئتي مشرفات التمريض، والممرضات ذوات الخبرة الطويلة في التمريض؛ مما أضر بالنسق الطبي الرسمي عموما.

3- **يعوق الواقع الاجتماعي والثقافي الأداء المهني الكفء** للممرضات بالمستشفيات عموما، بالوحدات الريفية والبدوية خصوصا، وذلك من خلال حساسية عمل المرأة في المستشفى، والنوبتجية طوال النهار، والسهر طوال الليل بعيدا عن الأسرة. وإذا كان هذا النظام مقبولاً بالنسبة للممرضة العزباء، إلا أنه مرفوض في معظم القطاعات الاجتماعية بعد الزواج؛ حيث يرفض الزوج بقاءها ليلاً في المستشفى أو الوحدة الصحية الريفية، فتضطر لمعارضة نظام العمل والتخلف عن أداء دورها، وتتوتر علاقتها بالرؤساء ويضطرب أداؤها الخدمي. كذلك تزداد المشكلة حدة بعد الإنجاب؛ حيث تحار الممرضة الأم

إلى الفهرس

في تربية أطفالها، وقد تصطحبهم معها في أثناء العمل فتتعطل ويسوء معدل الأداء لديها. وبالتالي فالممرضة قادرة على العمل بكفاءة فقط قبل الزواج، ولكن بعـده يتعسر عليها الأداء الجيد.

4- **ويتدخل الواقع الاجتماعي والثقافي في النهاية بحـل هذه المشكلة** من خلال استقالة الممرضة من العمـل بالمؤسسة الصحية الريفية أو الحـضرية، والتفـرغ لتربية أطفالها، أو للعمـل بالمستـشفيات والعيـادات الخاصة في مصر، أو للسفر إلى البلاد العربية؛ ممـا يزيد معدل التسرب بين الممرضـات مـرة أخـرى، ويؤثر على الخدمة الصحية.

ولكن ما هو دور العلوم الإنسانية في دراسة التمـريض، وفهم وضع الممرضة وديناميات أدائها الوظيفي في النـسق الطبي، بعد أن طرحنا القضايا السابقة المتصلة بـالتمريض والممرضات؟الواقع إن الدراسات الحالية المتاحـة تتـصدى للإجابة على هذا السؤال مع اختلاف في بـؤرة الاهتمـام، والإطار التـصوري، والهـدف مـن الدراسـة، والـسياق الاجتماعي والثقافي للمهنة. لذلك فإننا نجد بعض الدراسـات

ركزت على الأدوار الحيوية التي تضطلع بهـا الممرضـة (Mechanic, Koos) بينما أبرزت دراسات أخرى دينامية التمـريض والمستـشفى. (Floster, Leininger, and Boek)، على حين تناول نمط ثالث مـن البحـوث علاقـة الممرضة بالطبيب والمـريض وإدارة المستـشفى (Cok, parsons) ويربط النمط الأخير بين مهنة التمريض وتاريخ المرأة والسياق الاجتماعي والثقافي (محمـد كامـل حـسين (Patrick & Scambler Mechanic). ويمكن تناول تلـك الصورة التـي حـددت ملامحهـا الدراسـات الاجتماعيـة والإنسانية للتمريض على النحو التالي:

1- أدوار الممرضة في النسق الطبي:

تقوم الممرضة في النسق الطبي بمجموعـة مـن الأدوار الحيوية، يغلب عليها التساند مع الأدوار الأخرى والاعتمـاد المتبادل بينها [205]، بل إن نجاح الممرضة في الاضـطلاع بأدوارها مرهون بإدراكها لهـذه الحقيقـة. وتـشير بعـض

([205]) انظر: David Mechanic, op. cit.. p: (361).

إلى الفهرس

الدراسات إلى عدة أدوار تؤديها الممرضة في المستشفى أثناء تقديم الخدمات الصحية. وتتمثل هذه الأدوار فيما يلي [206]:

(أ) الممرضة كمترجمة INTERPRETER:

حيث تشرح الممرضة للمريض لغة الخدمة الصحية؛ إذ هي لغة خاصة تقتصر معرفتها على أصحاب المهنة فقط كالأطباء والممرضات، وهناك نمط سلوكي خاص بالمستشفيات والعيادات قلما يفهمه المرضى أو ذووهم: فالأجهزة غريبة ومخيفة في أكثر الأحيان، والمستشفى وحجرة الكشف والعنابر تشكل في مجموعها عالما غريبا، وتزداد صعوبة موقف المريض بتأثير درجة الخوف الإضافية التي يبثها المرض في النفس البشرية غالبا، ومن هذا المنطلق تلعب الممرضة دورا بالغ الحيوية كمفسرة للمريض وذويه لما يبهم عليهم من الأمور العلاجية. ويتعدى هذا التفسير مجرد إفهام المريض بما يجري حوله، ليشمل إجراءات لإعادة تأهيله واستعادته لنشاطه. ولذلك فإن كثيرا من المستشفيات تحرص على تخصيص قسم الخدمة

---

(206) انظر: Earl Lomon Koos, op., cit., pp: (238 – 244).

إلى الفهرس

الاجتماعية لمواجهة هذه المهمة. وعند تعذر وجود أخصائي اجتماعي، أو قسم للخدمة الاجتماعية عموما، فإن على الممرضة أن تقوم بدوره.

(ب) الممرضة كمترجمة Educator:

أدى تقدم تكنولوجيا الطب والتمريض إلى توسيع الهوة بين من يعلمون أمور الصحة ومتطلباتها ومن لا يعلمونها. ولكي نتغلب على هذه الهوة، ونضع قضايا الصحة والمرض في موضعها المناسب على خريطة اهتمامات الفرد، فإن على الممرضة القيام بمهمة المعلم في تعاملاتها مع المرضى وعائلاتهم. وتتصل هذه المهمة بدورها كمفسرة[207]. لكن المستهدف هنا هو إعادة تقييم اهتمامات الناس بالأمور الصحية، وتوسيع دائرة معلوماتهم الخاصة بالممارسات الصحية، ويتمثل ذلك في تلقين المرضى كيفية الحفاظ على صحتهم، والتعامل مع أسقامهم، المرة تلو الأخرى. وبالتالي فإن على الممرضة أن تحث المرضى على فعل الصواب، وتوبخهم على فعل الخطأ، وتعاونهم على فهم النصائح الطبية

---

(207) انظر: David Mechanic, op: cit., p. (363).

إلى الفهرس

والتوجيهات الصحية. كذلك فإن على الممرضة بالمستـشفى أن تعمل على توسيع معرفة المرضى بالـصحة والمـرض على نحو تعليمي يبرز دورها بحق كمعلمة.

(ج) دور الممرضة كمكمـل للأسـرة بالمستـشفى Family supplement:

يؤثر المرض علـى العلاقـة بـين المـريض وأسـرته والجماعات الاجتماعية الأخرى. وبالتـالي فـإن المخـاوف تجتاح المريض عندما يدخل المستشفى، ويصدم بجوها غير المعتاد، فيصبح في حاجة ماسـة إلـى الأمـان العـاطفي. وبطبيعة الحال فليس في وسع الأسرة أو الجماعات الأخرى أن تغزو المستشفى لتضمن لمريضها أن يستمر في أنماطـه السلوكية المعتادة. ولكن الممرضة هي الوحيدة التي تستطيع أن تقوم بالحفاظ على استمرارية العلاقات والسلوكيات التـي اعتادها المريض قبل مرضه، ومساعدته على التخلص مـن مخاوفه، وغربته عن أسرته وجماعاته الاجتماعية الأخرى. والواقع أن أهمية هذا الدور تتزايد حينما يكـون المـريض طفلاً، فالطفل يعتمد مباشرة على علاقاته الأسرية التي توفر له وحدها الإحساس بالأمان والاستقرار العاطفي. لذلك فـإن

وجود الطفل بالمستشفى قد يكون أكثر خطورة مـن وجـود البالغين أو الكبار، وهذا ما يضفي أهمية أخـرى علـى دور الممرضة.

(د) الممرضـة كمـصدر يـزود المـريض بالثقـة Confidante:

إن العلاقة بين المرض والعواطف لا تحتاج إلـى تـدليل على أهميتها عند التعامل مع المريض؛ إذ إنه يكون في أشد الحاجة إلى استرداد معنوياته التي فقدها بالمرض، ويتمنـى فرصة لاستعادة راحته النفسية والتخلص من الشعور بالضيق أو الإحباط، وذلك بالإفضاء بمتاعبـه وآلامـه، فـالمريض المسن، أو ذو الحالة الخطيرة، تشتد به الحاجـة إلـى مـن يجالسه، ويستمع إلى شكواه، ويطمئنـه. والممرضـة هـي الأخرى عليها أعباء لا بد من أدائها، ومهام تستلزم الوفـاء، علاوة على أنها لا يمكنها أن تكـرس وقتًـا غيـر محـدود لمريض بذاته اللهم إلا في المستشفيات الخاصة، ومع ذلـك فإنه يمكنها القيام بدورين أو أكثر في نفـس الوقـت، بـأن تتحدث مع المريض عن حالته، وتنصت إلى شكواه، وتطيب خاطره حينما تقوم بإعطائه الدواء.

(هـ) الممرضة كقائدة Leader:

يمثل عنبر المستشفى جماعة اجتماعية تسود بينها علاقات ترجع إلى وجود روح اجتماعية، وقدر من الاتصال المشترك بين المرضى؛ مما يؤدي إلى تحقيق قدر من المشاركة يساعد على تخفيف الألم والقلق [208]. وهي جماعة تحمل ظـواهر القيادة، والسيادة، والمكانة والمعنويات، وغيرها من الظواهر الناشئة عن العلاقات الاجتماعيـة المتبادلـة. وهنـا يبـرز للممرضة دور آخر لا بد لها من القيام به، وهو دور القيـادة الذي لا تتيحه الظروف لغيرها. ويخضع هذا الـدور لفهـم الممرضة للمرضى على أنهم جماعة اجتماعية، أو فهمها لهم على أنهم مجرد عدد لا تربط بينه أية علاقات اجتماعية[209]. إننا في حاجة شديدة إلى الفهـم الأول للمرضـى كجماعـة اجتماعية، وأنهـم يحتـاجون إلـى العلاقـات الاجتماعيـة ومعنويات الجماعة، ويستفيدون من قـدرتهم علـى العـيش كجماعة.

([208]) د. نبيل صبحي هنا، مرجع سابق الذكر، ص (264).

([209]) انظر: Earl Lomon Koos, op: cit., p. (244).

والخلاصة أن هناك عديدا مـن الأدوار فـي المستـشفى تنتظر الممرضة، كما أن الحاجة ملحة إلى إدراكنا أن مهنـة التمريض ليست قاصرة على الاهتمـام بـالمريض، علـى مستوى تقني عال، بل إن من مهامها الأساسية كـذلك خلـق جو نفسي يهيئ للمرضى الشفاء والوقاية بدرجـة أفـضل. وعلى ذلك يصبح لقب "ممرضة" بما يحمل من معان واسعة لقبا لا تسحقه بالفعل إلا كل من لديها استعداد للقيام بكل تلك الأدوار والمهام.

2- دينامية التمريض والمستشفى:

على الرغم من أن الأطباء يتصدرون تقسيم العمل الطبي، إلا أن خدمات التمريض ملمح رئيسي للرعاية المتخصـصة بالمستشفى [210]، بل لعلها العامل شبه الوحيد المـؤثر فـي الرعاية الطبية الناجحـة للمـريض فـي البيئـة الداخليـة (المستشفى) والخارجية (المجتمع المحلي). غير أن الممرضة عموما – ومشرفة التمريض بوجه خاص – تعيش صـراعا شبه دائم في أدائها المهني: فهي من ناحية تُمثل المستـشفى

([210]) انظر: Medical Sociology, op: cit., p: (360).

إلى الفهرس

بسياساتها وقواعدها وإجراءاتها الإدارية، وهي من ناحية أخرى مسئولة عن تنفيذ أوامر الطبيب بشأن المرضى [211] هي إذن بعبارة أخرى موزعة بين الالتزام الحرفي بالقرار الفني – ومصدره الطبيب – وبين الالتزام الصارم بالقرار الإداري للمستشفى باعتبارها موظفة تشغل درجة معينة في التنظيم الإداري، وهكذا فإنها لا تكاد تلتقط أنفاسها من الصراع بين توقعات الأطباء، وتوقعات المديرين.

وهناك بعض الأنماط الجامدة عن الممرضة في مجتمعنا المعاصر، يمكن أن تقيد الصورة المهنية عنها، وتحدد من محاولاتها في رعاية المرضى. وعلى سبيل المثال فإن بعض هذه الأنماط تذهب إلى أن الممرضة شخص لا يتقدم غير الرعاية الفيزيقية للمريض، أو أنها الشخص الذي لا يفعل شيئًا إلا بأوامر الطبيب [212]، بل إن ثمة أنماط أخرى تعتبرها خادمة للطبيب، وهي تصورات وأنماط جامدة تحتاج إلى تعديل ضروري ليكشف النقاب عن الأدوار الجديدة للممرضة، ويوسع نظرتنا إلى الدور المهني الرئيسي،

([211]) انظر: George Foster, op. cit., p. (168).

([212]) انظر: Medelein Leininger, op. cit., p. (159).

والأدوار المهنية الفرعية الملقاة علـى عاتقهـا. أمـا فـي المجتمعات الريفية فإن الممرضة بالوحدة الصحية هي التـي تساعد الطبيب في القيام بواجباتـه الطبيـة: فهـي تـستقبل المرضى، وتساعد الطبيب في إجراء العمليـات، وتـضطلع بالرعاية اللاحقة للمرضى [213].

ومع التقدم الطبي الحديث أمكن رعاية حـالات مرضـية وإسعافها بالتقنية المتقدمة علاوة على التزام الطبيب بمساعدة المريض في رد فعله تجاه المرض، والتزامه بـالتوافق مـع المرض المعوقين، حتى وإن كانت حالاتهم ميئوسـا منهـا. ولهذا السبب وجب على الطبيـب الاطـلاع علـى طـرق التمريض وأساليبه، وفي الوقت ذاته وجب على الممرضـة بالمستشفى الاطـلاع علـى الطـرق والأسـاليب الطبيـة الحديثة[214]. ولا يقتصر الأمر على ذلك الاطلاع، ولا حتى الإلمام بدور الطرف الآخر، بل يتجاوزه إلى الفهم المتبـادل من كلا الطرفين.

([213]) انظر: Nawal El Messeri. Op. cit., p. 16.

([214]) انظر: Caroline Cox, op. cit., p. (155).

ومن ناحية أخرى فإن الوعي والإلمام بالاختلافات بـين بيئة المستشفى، والبيئة الأصلية للمريض (بيتـه ومجتمعـه المحلي) ضرورة لا بد منها لمساعدته على التغلـب علـى المرض. ولما كان كثير من المستشفيات تعـي جيـدا هـذه الضرورة فقد راحت تعمل على إيجاد وسط اجتماعي وثقافي Social and cultural milied جديد من أجـل المرضـى يقترب من معايير المجتمع الأكبر، أكثر ممـا يقتـرب مـن معايير الجماعـة المهنيـة المتخصـصة [215]. وتتـصدر الممرضات بالمستشفى الاضطلاع بهذه المهمة الحيوية حتى تتقدم الخدمة الصحية التي تزاولها، ويتوافر المناخ الملائـم لشفاء المرضى. ويعاون الممرضة في تلك المهمة فريق من المتخصـصين المعـاونين: كالممرضـات المتخصـصات والصيادلة، والأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين [216].

3- علاقة الممرضـة بـالمريض والطبيـب وإدارة المستشفى:

([215]) انظر: Madeleine Leininger, op: cit., p. (156).

([216]) انظر: David Mechanic, op. cit. cit., p: (14).

تتزايد أهمية الممرضة في النسق الطبي بمرور الوقـت، لما تضطلع به من أدوار عديدة، ولقيامها بالدور الوسيط بين الأطباء والإدارة، وعلاقاتها الخاصة بالمرضى، ومتابعتهـا لهم بصورة دائمة، لذلك فإننا نجد بعض الدراسـات تعتبـر الممرضة حجر الزاوية في كفاءة المستشفى، وكفاية الخدمـة الصحية التي تقدمها للمرضى. فإذا كان المستشفى يعاني من نقص في عدد الممرضات، فلا أهمية بعد ذلك لما قد يتـوافر له من أحدث التجهيزات الطبية والتسهيلات الغالية (كحجـرة العمليات وآلات الجراحة الدقيقة وغيرها)، بل لا أهمية حتى لوفرة عدد الأطباء أنفسهم [217]، ودليلنا على ذلـك بعـض مستشفيات تركيا التي ترعى فيها الممرضة الواحدة عنبـرا يضم تسعين مريضا أجريت لهم عمليات جراحية، ويكفي أن نعلم أن معدل وفيات الأطفال في تركيا يصل إلـى 150%، وأن عمر نصف السكان بها حوالي 15 سـنة تقـل قلـيلاً أو تزيد قليلاً.

([217]) انظر: Caroline Cox, op. cit., P. (114).

ولقد أشرنا من قبل إلى أن الممرضـة تواجـه معـضلة معقدة، وكيف أن عليها إرضاء أربـع جماعـات: جماعـة التمريض، والأقسام الأخرى بالمستشفى، وجماعة الأطبـاء الخصوصيين ومساعديهم بالمنزل، وأخيرا جماعة المرضـى أنفسهم [218]، وطبيعي ألا تتيح هـذه الخطـوط الـصراعية للممرضة الانسجام مع الأطبـاء وإدارة المستـشفى. ومـن الضروري حل هذه المعضلة ضمانًا لقدر أكبر مـن كفـاءة الممرضة في أداء دورها.

أما بالنسبة للعلاقة بين الطبيب والمـريض، فقـد سـعت واجبات الطبيب إلى التقليل من المشكلات القائمة في الـدور الطبي، والتأكيد على خضوع هذه العلاقة للأخلاقيات المهنية، ومستويات السلوك [219]، ولعل مضمون ذلك يشير إلى القسم الطبي الأبوقراطي. وعندما ندعم تلـك العلاقـات التبادليـة فسوف نتيح للطبيب الوفاء بمـسئولياته لـصالح المـريض والمجتمع [220]. ولتلك العلاقة انعكاسـات واضـحة علـى

([218]) انظر: George Foster, op. cit., P. (169).

([219]) انظر:.Caroline Cox, op: cit., p. (116)

([220]) انظر: TRalcott Parsons, op: cit., pp: (447 – 454).

الممرضات: فإذا سادت الصراعات والتوترات هذه العلاقة – نتيجة للتباينات في المعارف والخبرات والتجـارب – زادت الحاجة إلى الممرضات ودورهن البارز وقدراتهن الواضحة في تخفيف التوترات، وتقريب الفوارق، ومواجهة الصدام بين الأطباء والمرضى علـى مـستوى الأداء المهنـي، وحتـى وجهات النظر، وعلى ذلك تستطيع الممرضة إلقاء الـضوء على مشكلات الاتصال والتواصل بين الأطباء والمرضـى، وتوجيه اهتمامنا نحو حلها.

أما دور الطبيب هنا فهو يشير إلـى دور مهـن أخـرى تشارك في تقديم مجموع الخدمة الطبيـة للمرضـى، تلـك المشاركة التي حولت التمريض من مرحلة الهوايـة حتـى أصبح مهنة ذات مهارات وكفاءات عالية التخـصص [221]. وظهرت كذلك بعض المهن الإضافية ذات الـصلة الوثيقـة بدور الطبيب، مثل التحليـل المعملـي والأشـعة والعـلاج الطبيعي وغيرها. وأدى تعقد إدارة المستشفيات إلى ظهـور مدير المستشفى المدرب مهنيا على الأعمال الإدارية من غير

---

(221) انظر: J. Folta and E: Dech, op: cit., P: (54).

إلى الفهرس

الأطباء، علاوة على وجود تخصصات بين الهيئات والأقسام التنظيمية، التي تشارك في العمل الطبي المتكامل.

فإذا كان دور الطبيب يتمثل في تقـديم كـل المعونـات والتسهيلات لاستعادة المريض لصحته بأسرع ما يمكن (222)، فإن دور الممرضة أيضا لا يقل شأنا فـي هـذا المـضمار؛ إذ تسعى جاهدة للتقريب بين الطبيب والمـريض وتـدعيم الاتصال بينهما، نظرا لأنهما يعيشان في عـالمين مختلفـين اجتماعيا وثقافيا. فمريض الطبقة الدنيا عاليا أقل لباقـة فـي التحدث مع الأطباء من مريض الطبقة الوسطى، بالإضـافة إلى النظرة إلى العلاج والوقاية وعمليات الخدمـة الـصحية عموما (223)، ولهذا فإنه قد يتعاون مع المستشفى، وقد يرفض هذا التعاون مع القوى العاملة الطبية باعتبـاره ينـال مـن شخصه أو يتعارض مع دوره كمريض، وتصوره لنفسه في هذا الوضع (224)، وفي هذه الحالة فإن علـى الممرضـة أن تعمل على تكييف المريض مع دوره كمريض مـن ناحيـة،

---

(222) انظر: Talcott Parsons, op. cit., P: (447).

(223) انظر: Folta and Deck, op. cit, p. (55).

(224) انظر: Madeleine Leininger, op. cit., p. (159).

ومع ثقافة المستشفى وإيقاع الحياة فيه، وتعامله مع الأطبـاء وغيرهم من ناحية أخرى.

وقد انعكست هذه التطورات والأوضاع على طبيعة عمل الممرضة – كما أشرنا غير مرة - فتركتهـا بـين أوامـر الإدارة الرسـمية وتعليماتهـا، وبـين تعليمـات الطبيـب المعالج(225). وهـي مـشكلة تواجـه مـشرفة التمـريض Headnurse في كل وحدة لرعاية المرضى بالمستشفى. وقد شخص كل من دوف وهولينج شيد هذه المشكلة بأنهـا دور تضطلع به المشرفة، ويتداخل فيه خطان للسلطة.

يضاف إلى تلك المشكلة مشكلة أخـرى لا تقـل عنهـا خطورة، وهي أن هناك افتراضـا فـي المستـشفيات بـأن الممرضات لا تخصص لهن، ولا بأس إذن في نقلهن إلى أي مكان تراه الإدارة، ما دمن في نظرها ما يستطعن أداء أيـة مهام، والعمل في أية وحدة أو قسم من الأقـسام. وخلاصـة الفهم التنظيمي لدى الإداريين والأطباء أن الممرضات يمكن لهن أن ينتقلن من خدمة أو مهمة محددة إلى أخرى، مثلمـا

---

(225) انظر: Boek and Boek, op. cit., p: (219).

تتغير ملاءات السرير، وتتنوع ضغوط العمل وتتغير، ولكن هذا الفهم وتلك الصورة إذا كانت صالحة في أي مكان آخر، فلن تلائم مجال التمريض بالذات.

ومن ناحية أخرى فإن نسق السلطة بالمستـشفى يحـاول إظهار استجابات الممرضات كرد فعـل لأحكـام الطبيـب وأوامره. وهكذا فبينما تمارس الممرضة تأثيرا واضحا فـي اتخاذ القرار الطبي إلا أن الذكاء والخدمة شرطان أساسـيان لهذا التـأثير، بحيـث تتجنـب الظهـور بمظهـر الآمـرة الناهية[226]. ونظرا لقرب الممرضة مـن المـريض، فإنـه يمكنها أن تطرح أفكارا وأحكامـا مخالفـة لتقيـيم الأطبـاء وأحكامهم، ولكن إذا كان للممرضة الاسـتمرار فـي نـسق السلطة فينبغي عليها الالتزام بالهدوء في التعبير عن آرائها، وأن تطرح البدائل بدلاً من معارضة وجهات نظر الأطبـاء فحسب، وعليها بين آن وآخر أن توضح اخـتلاف خبرتهـا وسلطتها عن خبرة الطبيب وسلطته.

4- التمريض والسياق الاجتماعي والثقافي:

---

(226) انظر: David Mechanic, op. cit., p. (14).

إلى الفهرس

من المعروف أن الأطباء لا يشكلون كل القـوى العاملـة بالنسق الطبي الرسمي في مصر، وإنما هم جزء مـن كـل يضم فئات عديدة. فإذا حسبنا جملة الأطباء البشريين المقيدين بوزارة الصحة فقط في 1984/1/1 تبين لنا أنهـم 26730 من بين إجمالي الأطباء المسجلين بالجمهورية عـام 1984، والبالغ عددهم 65953 طبيبا. يضاف إلى الأطباء البشريين. الصيادلة العـاملون بـنفس الـوزارة فـي نفـس التـاريخ (1984/1/1) وعـددهم 3413 مـن إجمـالي الـصيادلة بالجمهورية المقيدين بالنقابة والمسجلين في العام نفسه، الذين يبلغ عددهم 20456 صيدليا. هذا علاوة على 9643 طبيـب أسنان مسجلين في 1984/1/1 على مـستوى الجمهوريـة، وتعمل نسبة منهم بوزارة الـصحة، ناهيـك عـن إجمـالي المسجلين بالجمهورية، مـن هيئـة التمـريض والزائـرات الصحيات، والذين وصل عـددهم فـي عـام 1984، إلـى 52124.[227]

([227]) وزارة الصحة، إدارة الإحصاء، توزيع الأطباء حسب التخصص في 1984/1/1.

إلى الفهرس

أما الدور الهام – وربما الدور التخصصي – فإن هنـاك أشخاصـا معـاونين يلعبونـه كالـصيادلة والأخـصائيين الاجتمـاعيين والممرضـات الممارسـات والمتخصـصات ومشرفات التمريض. وعلى عكس الأطبـاء فـإن هـؤلاء العاملين بالنسق الطبي لا يتحكمون بشكل كامل في عملهـم بالخدمة الصحية، وهكذا فإنهم يفتقـدون الاسـتقلال الـذاتي المرتبط بالتخصصات الطبية الراقيـة[228]. ومـع التأكيـد المتزايد على عمل الفريق، وعلى الإجراءات التنظيمية فـي أداء الرعاية الصحية، والارتقاء السياسي بهـذه الجماعـات المهنية، سيكون لها الدور الرئيسي الأكبر مستقبلاً، وربمـا الاستقلال الذاتي.

ويؤكد الواقع الطبـي أن التمـريض لا يعتبـر انعكاسـا للطبيعة المتغيرة للمهام الصحية، ومحاور العمـل الـصحي فحسب، وإنما يعد أيـضا انعكاسـا للتغيـرات الاجتماعيـة والثقافية الكبرى في المجتمع بما فيها من حركة المرأة مثلاً، وتعديلات الأدوار المرتبطة بـالنوع "Modifications in

---

([228]) انظر: David Mechanic, op. cit:, p. (14).

إلى الفهرس

"sex roles والجدية النضالية militancy الجديدة في مهن التمريض ذاتها. وعلى هذا فـإن هـانز مـوكيتش Hans Mauksch يشير إلى أن "تاريخ التمريض يتداخل ويتـشابه إلى حد كبير مع تاريخ المرأة [229]. فالأطبـاء الإداريـون يميلون كذكور إلى النظر إلى الممرضة باعتبارهـا تتـصف بصفات الزوجة، والأم تعمل كل ما يتطلبه البيت والأسرة من لوازم، وتستجيب لتحديدات الآخرين لمهامها بسرعة فائقـة، لذلك فإن بعض الـصراعات التـي تنـشب بـين الأطبـاء والممرضات تعكس موقفًا عدوانيا صارخًا تقف فيه المـرأة في المجتمع ضد التصورات والافتراضـات الكامنـة فـي التاريخ الثقافي للجنسين. وتساعدنا تلك النقطة فـي تحديـد المجال التنظيمي للتمريض ونطاقه الواجب، إذا ما انتزعنـاه من سياق النوع sex context.

وفي هذا الصدد يحاول التمريض جاهدا البحث عن آفاق جديدة يتخطى بها قيوده المهنية وتحقق استقلاله الذاتي فـي علاقة الممرضة بالطبيب وبسائر القـوى العاملـة الطبيـة

([229]) انظر: Medical Sociology, op. cit., p. (363),

إلى الفهرس

الأخرى. وقد اتخذت هذه المحاولات ثلاثة جوانب، يتمثل أولها في البعد عن المظاهر الإدارية في التمريض. ولا سيما عند مشرفات التمريض – لأنها تبعد بالممرضة عن دورها الحيوي في رعاية المرضى، والإشراف على العناصر، وتوجيه المساعدين والممرضات الممارسات، والحفاظ على الأنشطة التعليمية المستمرة. ويعمل الجانب **الثاني** من تلك المحاولات على الاستفادة من التطورات التكنولوجية الجديدة في تنمية الكفاءة الطبية، والاضطلاع بالمهام الدقيقة في العمل التمريضي، مثل ممرضة الرعاية المركزة intensive care nurse – التي يعظم دورها إلى حد كبير في تحقيق تقدم المريض خلال الفترة الحرجة للمرض [230]. كذلك فإن ثمة فرصا مماثلة للممرضة في وحدات التوليد المتخصصة، ومراكز الجراحة المتطورة، وفي جراحة القلب، وفي "الميز الغشائي" Dialysis nurse [231]. أما الجانب **الثالث** من تلك

([230]) انظر: Ibid, p: (360).

([231]) "الحيز الغشائي، هو العملية التي تقوم فيها الممرضة بفصل المواد شبه الغروية، عن المواد الأخرى القابلة للذوبان، وذلك باستخدام غشاء فارز، وهي إحدى مهام التمريض.

إلى الفهرس

المحاولات فإنه يتحدد في دور الممرضة- الممارسة nurse practitioner –. ذلك أن الطلب يزداد علـى الممرضـات الممارسات في رعاية المريض المزمن، الذي يتطلب حقنـا تُعطى له باستمرار، ورعاية خاصة. ومثـال ذلـك رعايـة الأطفال في الحضانات الطبية، ومراكز الإسـعافات الطبيـة وفي تحسين المكانة الصحية في ثنايا برامج الحفـاظ علـى الصحة.

والخلاصة أن الرعاية التمريضية الجيدة تتطلـب سـياقًا يتضمن درجة من التقييم والحساسية، وتحتاج كذلك إلى قيام الممرضة باتخاذ عديد مـن القـرارات المتعلقـة بحاجـات المريض، وبحاجات وجود الظرف الطارئ أو غيابه، ومعنى اتصالات المريض واهتماماته والاستجابة المناسبة، وبالكثير من الأشياء الأخرى ذات الأهمية البالغة والمؤثرة في مجرى المرض [232].

سابعا: دور خريجي المعاهد الفنية الصحية في النسق الطبي:

---

(232) انظر: Caroline Cox, op. cit.; pp. (155 – 157)

افتتح أول معهد فني صحي في إمبابة عام 1928، لكـي يلبي حاجة الخدمات الصحية مـن الفنيـين الـصحيين فـي مجالات التخصص المختلفة، ثم توالى بعد ذلك فتح المعاهـد الفنية الصحية في كل من الإسكندرية وأسيوط والمنـصورة وطنطا والزقازيق. وتشمل هذه المعاهـد أقـساما لتخـريج المعاونين الصحيين، وفنيي المعامـل والأشـعة والأسـنان والتسجيل الطبي والإحصاء وفنيي الصيانة للآلات والأجهزة الطبية [233]، كما يوجد بها شعبة فنيي التمريض في معهدي القاهرة والإسكندرية.

وكان عدد خريجي المعهد في عام 1952 يبلغ 38 فنيـا، ولكنه أخذ يتضاعف حوالي 31.7 مرة؛ حيث بلغ 1203 فنيا في عام 1979 ويتضح معدل التغير في أعـداد الخـريجين، ومتوسط الزيادة السنوية – وبخاصة منـذ سـنوات افتتـاح المعاهد الجديدة – في ثنايا الجدول التالي [234].

([233]) المسح الصحي، مرجع سابق.

([234]) نفس المصدر السابق.

إلى الفهرس

والمعروف أن دور هؤلاء الفنيين ينطوي على جانب كبير من الأهمية في الوحدات العلاجية بالقطاع الريفـي، والبـالغ عددها 2568 وحدة، منها 1979 وحدة صحية ريفيـة، و50 مستشفى قرويا، و539 مجموعة صحية [235]. كما ينطـوي الدور على أهمية مماثلة في المستشفيات الحـضرية العامـة والمركزية التابعة لوزارة الصحة، والتي يصل عددها إلـى 183 مستشفى علاوة على 16 عيادة شاملة [236].

السنة	عدد الخريجين	معدل التغير (1952 كأساس)	متوسط الزيادة السنوية
1959	38	100	-
1960	85	224	
1965	459	1208	15.0
1970	557	1466	88.0

([235]) وزارة الصحة. مركز المعلومات والتوثيق، وحـدات الخـدمات الطبية والصحية حسب الحالة في 1984/7/1.

([236]) وزارة الصحة، توزيع الوحدات الـصحية حـسب الحالـة فـي 1984/7/1.

إلى الفهرس

1975	1184	3124	4.3
1979	1203	3166	22.6
			0.4

ويضطلع الفنيون الصحيون بالعديد مـن الأدوار حـسب تأهيلهم، بمعاهد التخرج: فمنهم من يقوم بالتحاليل الطبية في الوحدات الصحية، فيحال البول والبراز والدم لموطني الريف بلا مقابل، ويقوم بها فني المعمل بناء على أمر الطبيب [237]، ومنهم من يجري الإحصاءات الحيوية والتسجيل الطبي، كما يقوم بعض ثالث منهم بعمل الأشعة للمرضى الذين يترددون على المستشفى المركزي أو العام، علاوة على دور طائفـة رابعة منهم في صيانة الأجهزة والآلات الطبية.. إلخ.

والواقع أن دور الفنيين الصحيين يزداد أهمية في الوقـت الحالي، نظرا لاعتماد معظم الخدمات الـصحية علـى هـذا الدور فخدمات التشخيص ترتكز على نتائج التحاليل الطبيـة والأشعات، علاوة على أن الخدمات العلاجيـة تعتمـد هـي الأخرى على الأجهزة الطبيـة الحديثـة للتعقـيم والتخـدير والعلاج الطبيعي والجلسات الكهربائية والأسنان والعيـون..

---

(237) انظر: Nawal El Messeri, op. cit., p. (15)

إلى الفهرس

إلخ، وكلها يضطلع الفنيون بتشغيلها. كذلك تتوقـف مهمـة صيانة هذه الأجهزة على بعض هؤلاء الفنيين المتخصـصين في هذا المجال. وهكذا يتضح دورهم الفني في رفـع كفـاءة الخدمات الصحية التشخيصية والعلاجية وتحسينها في الريف والبادية والحضر على السواء. وتجدر الإشارة إلـى تزايـد أهمية الفنيين في الخدمة الصحية الريفية حاليا، وخاصة بعـد تحويل بعض المجموعات الصحية إلى مستـشفيات قرويـة، وتزويد المجموعات الصحية الريفيـة بحجـرات عمليـات، وإنشاء مراكز طبية ريفية مزودة بأجهزة تعقيم وتوليد وأشعة وأسنان. والملاحظ أن هذا القطاع الريفي يعاني مـن نـدرة الفنيين المؤهلين لتركيب هذه الأجهزة (التي لا تـزال فـي صناديقها الخـشبية)، أو لتـشغيلها علـى الأقـل لتـدريب الممرضات ومساعدي المعمل على تشغيلها والاستفادة منهـا في رفع مستوى الأداء الخدمي. وهذا ما ناقشناه في دراستنا الميدانية.

ومن زاوية أخرى يقوم الفنيون الصحيون ببعض الخدمات الصحية الوقائية في المجتمعات الحضرية والريفيـة علـى السواء. فمنهم المراقبـون (المفتـشون) الـصحيون الـذين

يشرفون على النظافة العامة في الشوارع ومحلات البقالة والمطاعم والمقاهي. ويتأكدون من خلو العاملين بهذه المحلات من الأمراض المعدية. وإن ثبت مرض أحدهم أوقفه المراقب الصحي عن العمل حتى يشفى أو يدع العمل حفاظًا على صحة الجمهور. كذلك يلاحق هذا المراقب الباعة الجائلين الذين يبيعون الأطعمة أو المشروبات للجمهور في الشوارع لإخضاعهم للقواعد الصحية. وهكذا تتضح أهمية الدور الصحي الوقائي أيضا الذي يقوم به الفنيون الصحيون.

***

إلى الفهرس

الباب الثاني

موضوع علم الاجتماع الطبي

الفصل الرابع : دراسة علم الاجتمـاع الطبـي لتـاريخ الخدمة الصحية.

الفصل الخامس : المستشفى كنسق اجتماعي.

الفصل السادس : سوسيولوجيا الصحة والخدمة الصحية.

الفصل السابع : اقتصاديات الصحة.

الفصل الرابع

دراسة علم الاجتماع الطبي لتاريخ الخدمة الصحية

مقدمة تاريخية:

يعد الدين والسحر والطب من أوائـل المعـارف التـي مارسها الإنسان الأول. وقد ترابطت فيما بينها فـلا يخلـو طرف منها من لمحات أحد الطرفين الآخرين. ولا شـك أن الطب قد ظهر بشكل تدريجي وبدوافع غريزية، بينما كان كل من الدين البدائي والسحر نوعا من التحايل الإرادي للسيطرة روحيا على المجموعات البشرية [238]. والجدير بالـذكر أن الطب كان من أوائل ممارسات الإنسان الأول، وبالتالي فـإذا اعتبرنا اتقاءه من البرد والحر، والاسـتراحة بعـد التعـب،

([238]) د. كمال السامرائي، مختصر تأريخ الطب العربي، ج1، مرجـع سابق، ص 27.

إلى الفهرس

أو أثناء الحمى، أو عند الإصابة بكسر في أحد عظام الجسم ما هي إلا وسائل طبية أو علاجية، لحكمنا عليه إذن بأنه قد مارس الطب دون علم منه، منذ أوائل تاريخه القديم.

وقد كانت مصر من أوائل بلاد العالم التي عرفت الطـب ونظمت ممارسته. فقد تكونت الأسرة الأولـى فـي مـصر الفرعونية من حوالي سنة 3200 ق. م. وبعد حـوالي 400 سنة من ذلك التاريخ، تحولت النقوش التي كانت تدل علـى المعاني إلى لغة مكتوبة على أوراق البردي بمادة للكتابة هي مزيج من الهباب الأسود والصمغ والماء.

وتجمع الدراسات المتاحة على أن الطـب فـي مـصر الفرعونية كان له شأن عظيم، وكان للأطباء فـي المجتمـع المصري مكان مرموق وعلت شهرتهم حتى جابت الآفـاق، "وأرسل الأباطرة أمثال كيروش ملك فـارس إلـى فراعنـة مصر يرجون أن يبعثوا إليهم ببعض أطبائهم ليعملـوا فـي بلاطهم" [239]. ولا غرو فأطباء مصر كانوا من أوائل مـن

([239]) د. بول غليونجي وزينب الدواخلي، الحضارة الطبية في مـصر القديمة، الدار المصرية للتأليف والترجمة، دار المعارف، القاهرة، ص 9.

إلى الفهرس

مارس الطب على أسس سليمة ولا تزال كتبهم الطبية تـشهد بذلك وقد استخدموا المراهم والدهون والحبوب والاستنـشاق والحقن الشرجية والنباتات الطبية.. إلخ، وتعددت وصـفاتهم لبعض الأمراض [240]. ولم يقتصر دورهم علـى الفحـص والدواء، وإنما تعداه إلى الطب الوقائي الذي تغلغل في حيـاة المصريين القدماء حتى شمل المأكل والمـشرب والمـسكن ونظافة الجسم وهيئة الجلوس والنـوم واستنـشاق الهـواء والألعاب الرياضية [241]. كانت هناك إذن حضارة طبية في مصر القديمة، حتى تدلنا الشواهد التاريخية على بروز ثلاثة أصناف من أطباء الفراعنة وهم [242]:

1- طائفة الأطباء الباطنيين.

2- طائفة الأطباء الروحانيين.

([240]) وليم نظير، الثروة النباتية عند قدماء المصريين، الهيئة المصرية للكتاب، القاهرة، 1970 ص 213.

([241]) د. حسن كمال، الطب المصري القديم، المجلد الثاني، الجـزءان الثالث والرابع، الدار القومية، القاهرة، 1965، ص 129.

([242]) راجي عباس التكريتي، الإسناد الطبي فـي الجيـوش العربيـة الإسلامية، مرجع سابق، صفحات 21 – 34.

3- طائفة الأطباء الجراحين (كهنة سمث).

ويذكر بول غيلونجي إنه إلى جانب الطبيب العلماني الذي كان يسمى "سونو"، لعب الكاهن دور الوسيط بين المـريض والآلة في توسله إليه لنيل الشفاء، وإن كانت لديه معلومـات طبية في الطب. وقد كان "السونو" يتـدرجون فـي إطـار وظائف تصاعدية في الإدارة الحكومية من طبيب إلى كبيـر أطباء إلى مفتش أطباء. ومنهم مـن كـان ملحقًـا بالقـصر أو خاصا بالملك أو بالملكة أو بالحكام المحليين والنبلاء[243]. ومن هؤلاء الأطباء الطبيب "بنتو" الذي كان يحمـل – إلـى جانب ألقابه الكهنوتية والطبية – لقب "الذي يـدخل القـصر ويخرج منه"؛ أي الذي يسمح له بمقابلة الفرعـون فـي أي وقت.

ومن ناحية أخرى فإننا لا نعرف عن الطب منذ عصر ما قبل الأسر – قبل نحو 3200 سنة ق. م – إلا النذر اليسير، ولا يتعدى ذلك ما جاء في كتب المؤرخين القدامى. فقد ذكر "مانيثون" أن "أثوتيس" – ابن الملك نارمر (مينـا) مؤسـس

([243]) د. بول غليونجي وزينب الدواخلي، مرجع سابق، ص 10.

الأسرة الأولى – وضع كتابا في التشريح؛ مما يدل علـى أن الطب قد وصل إلى درجة لا بأس بها من الازدهار والتقـدم [244].

ويعتبر "أمحوتب" أشهر أطباء مصر القديمة ويرجع عهده إلى الأسرة الثالثة، وقد خلد اسمه بعد موته، وقدسه القوم في العصر الفارسي واعتبر إلها للطب. وتدل القراطيس البردية على درجة هـذا الازدهـار الطبـي [245]. وقـد أضـاف المصريون الأوائل عديدا من الحقائق الطبية إلى مـا كـان معروفًا عند الآقدمين من طب يعتمد على السحر والتعاويـذ. وكانت تلك الحقائق نتيجة للمشاهدة والاختبار والتجريب في علاج المرض.

وكان هناك عدة آلهة لشفاء المرض، وكان "توت" صغير الأطباء. كما اتخذت عين "حوراس" المشهورة رمزا لحمايـة الصحة. وقد نشأت أول مدرسة للطب في عـصر الأسـرة

([244]) وليم نظير، مرجع سابق، ص 214.

([245]) د. حسن كمال ص ص 201 – 699. وليم نظير، ص ص 214 – 215. د. بول غليونجي ، ص 51 وما بعدها، د. كمال الـسامرائي ص ص 39 – 45.

الأولى، وتلتها مدارس عديدة منها مدرسة المولدت في سايس ومدرسة هليوبوليس ومدرسة "أمحوتب" بممفـيس، وكانـت المدارس ملحقة بالمعابد وتسمى "بيوت الحياة"، وضموا على من يزاولها أن يكون قوي الإيمان، طـاهر القلـب، حـسن السريرة [246]. ولم يسمح للطبيب بمزاولـة مهنتـه إلا بعـد الحصول على شهادات علمية تثبت جدارته الفنية لهذا العمل. وكان الطبيب يعلق على منزلـه شـعار الطـب (الكـوبرا المقدسة)، لما فيها من معنى القوة.

ويعد أطباء مصر القديمة أول من أجرى عمليات الختان، وخياطة الجروح، واستعمال الجبائر فـي عـلاج الكـسور وتشخيص الحمل.. إلخ. ولهؤلاء فضل كبير على الإنـسانية وهو فصل الطب عن الخرافة. وما زال قدر كبير من العلـم الطبي المصري مسجلاً علـى مجموعـات مـن البرديـات تتداولها متاحف العالم مثل برديـة كـاهون (1950 ق. م)، وبرديـة أدويـن سـميث (1550 ق. م) وبرديـة أيبـرز (1550 ق. م)، ومجموعة برديات برلينـي (1300 ق. م)،

([246]) وليم نظير، مرجع سابق، ص 214.

وبرديـــة كارلـــسبورج فـــي كوبنهـــاجن (1200 ق. م) وغيرها[247].

غير أن المدارس الطبية في مصر الفرعونية لم تسلم من الغزوات، خاصة في عصر "قمبيز". وقد أعاد ابنه "دارا" بناء بعض المستشفيات والمدارس في القرن السادس قبل الميلاد. ثم دخل الإغريق مصر سنة 323 ق. م وأسـس الإسـكندر الأكبر مدينة الإسكندرية، ولمع نجمها حين أسس بطليمـوس الأول جامعتها الشهيرة ومدرستها الطبيـة، ونقـل علمـاء مدرسة هليوبوليس إليها.

ومن المؤكد أن أقطاب مدرسة الإسكندر وعلـى رأسـهم هيرونيلوس عام 300 ق. م، وأيراستراتوس، وسيسلسوس – كانوا يعملون تحت تأثير التعاليم المصرية القديمة، رغم أنهم اتخذوا من طب أبو قراط (القـرن الخـامس ق. م) قاعـدة

([247]) الصحة: المسح الصحي، المركز القومي للبحـوث الاجتماعيـة، مرجع سابق، الباب الأول، الفصل الأول.

وقد اعتمد المؤلف على هذا المرجع في الجانـب التـأريخي للخدمـة الصحية في مجتمعنا المصري.

للتدريس [248]؛ حيث أقامت الحـضارة اليونانيـة القديمـة صرحها على أفكار هيبوقراط الـذي يقـول عـن الرعايـة الصحية بأنها تسود الآن – في عصره – مثلما كانت موجودة منذ ألفي عام مضت [249]. وقد تجـسدت نظـرة الإغريـق للصحة في عباداتهم الدينية، ويمكن أن تظل مجسدة الآن في زياراتهم للأضرحة المشهورة، وتقديرهم لها مثل أضـرحة ديلفي Delphi، وديلوس Delos وأولمبيا Olympia [250]. وتؤكد هذه الأضرحة وجود فكرة الإنسان الكامل الروحيـة والاجتماعية والجسمية.

وقد مرت على مدرسة الإسكندرية الطبية فترتان: الأولى من سنة 306 إلى سنة 30 ق. م، وانتهـت بتـدهور حكـم الرومان وتبدأ الثانية من عـام 30 ق. م إلـى عـام 642م وانتهت بدخول العرب إلى مدينة الإسكندرية فجاء الإسـلام وشجع الطب والجراحة والتداوي ومنع الكهانـة والعرافـة

([248]) نفس المصدر السابق.

([249]) Caroline Cox, Socioloy: An Interoduction or Nurses, Midwivcs and Health Visitors, Butterworth & Co. (Publishers) Ltd:, London. 1983. p: 19:

([250]) Ibid, The Same page.

إلى الفهرس

واعتبرهما كفرا [251]. وقد عرف العرب فـي تلـك الفتـرة الجراحة وبخاصـة جراحـة الحـرب لكثـرة المنازعـات والغزوات والحروب، ومن ثم الجرحى والقتلى.. وبرز أطباء عرب مثل حنين بن إسحاق العبادي، الذي نقل كتب جالينوس إلى العربية، وابن سـينا الطبيـب والـشاعر والفيلـسوف والسياسي وصاحب كُتب الطب وعلى رأسها كتابه "القانون"، ومن الجراحين أبو الخير وأبو الحسن بن تفـاح وجماعتـه، ومن أطباء العظام أبو الصلت في العصر العباسي.

وأضاف الأطباء العرب لطب جالينوس معلومات ومبادئ استقوها من الهند وفارس. وبدأ عبد اللطيف البغـدادي فـي معارضة معلومات جالينوس في التشريح، ثم انهارت مدرسة الإسكندرية في القرن السابع الميلادي لعديد من الأسباب منها ظهور مدارس أخرى في رودس وفارس وسوريا (مدرسـة أنطاكية). وازدهر التعريب في مدرسة بغداد؛ حيث ترجمت في عصر الرشيد كتب من الفارسية والقبطية واليونانية. ثـم بدأت مدرسة بغداد في الانهيار بعد قيام الدولة الفاطمية فـي

([251]) راجي عباس التكريتي، الإسناد الطبي، مرجع سابق، ص 54.

إلى الفهرس

مصر وتشييد القاهرة، وفتح أبواب الأزهر للعلماء والأدباء، حتى انفرد الأزهر والمدارس الملحقة به بحمل مشعل الثقافة والعلوم [252].

أما عن المستشفيات العربية، فإن أول شـكل لهـا فـي الإسلام هو الخيمة الطبية التي أمـر الرسـول الكـريم ﷺ بنصبها في ساحة المسجد، وعولج فيها سعد بن معاذ. وفـي صدر الإسلام، وعـصر الخلفـاء الراشـدين، الأمـويين، والعباسيين ببلاد الأندلس والمغرب العربي، نلاحظ أن القادة والسلاطين الذين اهتموا ببناء المستشفيات هم الوليد بن عبـد الملك، وعضد الدولة، وصلاح الدين الأيوبي، ونور الـدين زنكي، وأحمد بن طولون [253]، الذي كـان أكثـر الحكـام والخلفاء ولعا بالشئون الصحية، وبنى مستشفاه للمرضى في مدينة الفسطاط في عـام 259هـ ـ - 872 ق. م. وكانـت المستشفيات تسمى في هذه العصور "بيمارستانات".

([252]) المسح الصحي، مرجع سبق ذكره.

([253]) راجي عباس التكريتي، مرجع سابق، ص 173.

والبيمارستان كلمة فارسية مركبة من مقطعين هما "بيمار" بمعنى مريض أو مصاب "وستان" بمعنى دار؛ أي أنهار دار المرضى. وقد اختصر اللفظ فيما بعد إلى "مارستان" وأطلـق هذا الاسم بعد ذلك على ما يقصد به دار علاج المجانين بعد أن لم يبق بها من المرضى إلا هؤلاء [254]، ولا سيما بعد أن عطل سليم الأول البيمارستان المنصوري، وتهدمه في عهـد سعيد باشا، ولم يبق فيه من المرضى سوى المجانين.

ويقال إن البيمارستانات نشأت في جنديسابور بفارس قبل الإسلام بثلاثة قرون؛ حيث كانت طائفة الأطباء النسطوريين تدير بيمارستانا أقاموه هناك بعد أن هربـوا مـن اضطـهاد الرومان الشرقيين لهم. أما بعد الإسلام فقد قيل إن الوليد بن عبد الملك الخليفة الأموي (98هـ - 706م)، أنشأ بيمارستانا للمجذومين والعميان وأجرى عليهم أرزاقهم [255].

على أن البيمارستانات الثابتة لم تنشأ إلا بعد أن بلغ الطب درجة عالية من الرقي في عهد العباسيين، بدأ بهـا هـارون

([254]) د. محمد كامل حسين وآخرون، المـوجز فـي تـاريخ الطـب والصيدلة عند العرب، مرجع سابق، ص 227.

([255]) المرجع السابق، نفس الصفحة.

إلى الفهرس

الرشيد [256] ثم انتشرت في مختلف الـبلاد التـي ضـمتها الإمبراطورية العربية الكبرى، وكان أشهرها ما أقـيم فـي الري وبغداد والقاهرة وتونس، ولا يزال بعض آثارها باقيـا حتى اليوم. وقد أتاحت المستشفيات الفرصة للأطباء العـرب للتعرف على الأمراض وأنواع العلاجات والجراح، وتطوير معلوماتهم وخبراتهم العلمية والنظريـة. فمنهـا المستـشفى الناصري الذي بناه صلاح الدين في القاهرة (1172م)، وكذا بيمارستان الإسكندرية، وعمت المستشفيات سـائر الأقطـار وخصوصا في أيام الأيوبيين والمماليك في الـشام والعـراق وسوريا وفلسطين، نظرا للحاجـة الملحـة التـي أوجـدتها الحروب الصليبية، وكان أشهرها البيمارستان النوري الكبير في دمشق الذي بناه نور الدين محمـود سـنة 569 هـ ـ - 1173م. والمستشفى المنصوري في القـاهرة، الـذي بنـاه السلطان المنصور (قلاوون) عام 1284م، وجعلـه مفتوحـا لعلاج كل أبناء الشعب [257].

([256]) راجي عباس التكريتي، مصدر سبق ذكره، ص 174.

([257]) نفس المصدر، ص 175.

واستمر الحال حتى الغزو العثماني لمصر عـام 1517؛ إذ قام السلطان سليم الأول بنقل المخطوطات إلى الآسـتانة، وتعطلت الدروس بالأزهر، وتوقف البحث العلمي في مصر. "وباشر الحلاقون في مـصر مهنـة الجراحـة، كمـا حـل العطارون محل الصيادلة.. وانتشر الدجالون في ممارسة ما عرف بطب الركة" [258].

وفي عام 1798 قاد نابليون الحملة الفرنسية على مـصر واحتلها، واتخذ من قصر إبراهيم بك مستشفى للجيش وعهد إلى الجراح المشهور "دكتور لاري" بإدارته. وكـون لجنـة لمساعدة المدير الإدارة المستشفى الـذي اتـسع لأربعمائـة سرير. واقترحت اللجنة إنشاء مدرسة لتعليم الطـب باللغـة الفرنسية، ولكن انتشار الطاعون وتدمير الأسطول الفرنـسي في أبي قير؛ حالا دون إنشاء هذه المدرسة وظل الحال كذلك حتى عهد محمد علي (1805 – 1849).

لقد كان محمد علي مهتما بالدرجة الأولى بزيادة سـكان مصر. وبالتالي كرس كل جهده للحد من الوفيـات، فـاهتم

([258]) المسح الصحي، مرجع سابق، الفصل الأول.

إلى الفهرس

بتطبيق الأساليب الغربيـة الطبيـة الحديثـة علـى أوسـع نطاق[259]. ولما انتشر الطاعون على نطاق واسـع، نجـده يعهد إلى الدكتور أنطوان برتلي كلـوت الفرنـسي بتنظـيم الخدمة الطبية للجيش المصري. وعرض كلوت بـك علـى محمد علي إنشاء مدرسة لتعليم الطب، فأنشئت فعلاً في عام 1827، واضطلع فيها المترجمون بالترجمة من الفرنسية إلى العربية، كما حصل كلوت بك على فتوى شرعية تبيح تشريح جثة الإنسان.

وبدأت المدرسة في أبي زعبل والتحق بها مائـة دارس، يدرسون علوم الطب والصيدلة. وفي نفس العام "صدر أمـر أفندينا محمد علي باشا بإنشاء مستشفى الإسكندرية" [260]، ثم توالى بعد ذلك إنشاء المستشفيات، ففي سـنة 1828 أنـشئ مستشفى أبي زعبل ليسع 1500 مريض. وفي عـام 1832 أنشأ محمد علي مدرسة للطب لإعداد كوادر طبيـة جديـدة، ذات تدريب طبي حـديث، ولتخـريج الإنـاث المـؤهلات

([259]) Nawal El Messeri Nadim, op. cit., p. 9.

([260]) المسح الصحي، المركز القومي، مرجع سبق ذكره.

إلى الفهرس

لممارسة الطب (الحكيمات) ليحللن محل القابلات التقليـديات في الريف [261].

وسافرت أول بعثة طبية إلى باريس في عام 1832، تضم اثنا عشر خريجا مصريا مكثوا في فرنسا ثمـاني سـنوات وتسعة أشهر عادوا بعدها إلى مصر، وبدءوا في التعريـب والتأليف وتنظيم المدرسة وتنظيم الأمور الصحية في القطر. وفي سنة 1837 بلغ عدد الأطباء الخريجين مـن المدرسـة 420 طبيبا. واضطرت الدولة لتوسيع المدرسة فنقلـت مـن معسكر أبي زعبل إلى قصر العيني.

وبحلـول عـام 1846 صـدرت إرادة سـنية بترتيـب وتخصيص استبالية (مستشفى) لكل مديرية [262]. وفي عـام 1849 استقال كلوت بك، ولكنه عاد بنـاء علـى اسـتدعاء الوالي سعيد باشا سنة 1854، ثم 1863 عين الدكتور محمد علي البقلي باشا ناظرا لمدرسة الطب، وازدهرت الدراسـة وأصبحت مدرسة قصر العينـي منـارا للعلـم للمـصريين

([261]) Nawal El Messeri. Op. cit., p. 9:

([262]) المسح الصحي، مرجع سابق، الباب الثاني، الفصل الأول.

إلى الفهرس

والسوريين وغيرهم [263]. وتدلنا الوثائق التاريخية علـى أن الدراسة كانت مجانية، بالإضافة إلى السكن والطعام المجاني والرواتب الشهرية.

وفي سنة 1883 تولى الدكتور عيسى باشا حمدي رئاسة المدرسة وصارت تتسع لخمسمائة طالب. واشترط لـدخولها الحـصول علـى شـهادة الثانويـة، وأصـبحت الدراسـة بمصروفات. وفي نفس العام فصلت المستشفى عن المدرسة. وبعد عامين – سنة 1885 – فتحت أبواب العيادة الخارجيـة بقصر العيني للجمهور [264].

أما عن النشاط العلمي والتدريس، فقد اتضح في "مجلـة الصحة" التي كان يصدرها أساتذة المدرسة باللغة العربية من خلال جمعيتهم الإكلينيكية. كما كانت الكُتب الدراسـية مـن تأليف هؤلاء الأساتذة أو من ترجمتهم، ثم مـرت المدرسـة بفترة من التدهور إلى أن تولي الدكتور كيتنـيج رئاسـتها،

([263]) المسح الصحي، مرجع سابق، الباب الثاني، الفصل الأول.

([264]) نفس المصدر، الباب الأول، الفصل الأول.

فانقص سنوات الدراسة إلى أربع، وأحل اللغـة الإنجليزيـة محل اللغة العربية في التدريس.

كذلك فقد اتسع نطاق البعثات من جديد في عـام 1907، وبلغ عدد المبعوثين واحدا وتسعين خلال عام 1910. وترك الدكتور كيتنيج المدرسـة سـنة 1919، وخلفـه الـدكتور ريتشاردس، ثم الدكتور مادن، حتى أدمجت المدرسـة فـي عهده في الجامعة المصرية سنة 1925. وأصبح لها عميـد يختاره مجلس الكلية [265]. وكان الدكتور علي إبـراهيم أول عميد مصري للكلية. ثم تولى إنشاء كليات الطب الأخرى في مصر [266].

***

أولاً: تطور النظام الصحي في مصر:

يرجع أول نظام صحي حديث إلى عـام 1820؛ حيـث أنشئت خلاله إدارة صحية عسكرية، وفي عام 1825 أنشئت لجنة صحية. وفي مجال الصحة الوقائية أنشئ مجلس للصحة

([265]) نفس المصدر، الباب الأول، الفصل الأول.

([266]) راجع التفاصيل في الفصل الثالث من هذه الدراسة.

بالإسكندرية يقوم بتقرير ما يراه من الاحتياطـات اللازمـة لمنع دخول الأوبئة البلاد، ثم تطورت الإجـراءات الوقائيـة بإدخال نظام الحجر الصحي، فأنـشئ "مكتـب كورنتينـه" بالعريش لمراقبة القادمين من سوريا.

وفي أول يناير 1848 بدأ الاهتمام بتسجيل المواليد؛ حيث خصصت دفاتر معينة لهذا الغرض بمكاتب صحة القـاهرة لقيد المواليد، وفي عام 1850 صدر مرسوم يحـدد طريقـة إدارة مجلس الكورنتينه، كما خصصت في نفس الوقت دفاتر لقيد المتطعمين بمكاتب صحة القاهرة [267].

غير أن نواة النظام الصحي لم تتبلور إلا في عام 1856؛ حيث صدرت عدة مراسيم لتنظيم الشئون الصحية والصيدلة، وتحديد اختصاصات المجلس الطبي المخصوص. وتوالـت المراسيم في عام 1858 بإدماج مجلس الكورنتينه – وكـان مقره الإسكندرية – ومجلس القاهرة الطبي في إدارة واحـدة تسمى "مجلس عموم الصحة". وفي أكتوبر عام 1880 اقترح تقسيم مجلس عموم الصحة إلى قسمين أحدهما في القـاهرة

([267]) المسح الصحي، المصدر السابق.

إلى الفهرس

ويسمى "مجلس الصحة العمومية في مصر". ويكـون تابعـا لنظارة الداخلية، وثانيهما في الإسكندرية ويـسمى "مجلـس الصحة البحرية والكورنتينات" ويختص بمـسائل الكورنتينـا الخارجية والمسائل الصحية البحرية [268].

ولم يدم مجلس الصحة طويلاً؛ حيث أُلغي في 15 فبراير عام 1884، وأنشئت في القـاهرة إدارة لمـصالح الـصحة العمومية تتبع نظارة الداخلية. كما شكلت "لجنة صحية" تقوم بفحص وبحث جميع المسائل التي يحتلها إليها مدير مصلحة الصحة. وتبدي رأيها في جميع المسائل الطبيـة الـشرعية وغيرها. وعهد إلى هذه اللجنـة أيـضا فحـص دبلومـات الأشخاص الذين يطلبون رخصا لممارسة المهنـة (طـب – طب أسنان – طب بيطري – دايات) قبل حـصولهم علـى الترخيص من نظارة الداخلية؛ حيث كان الترخيص شـرطًا لمزاولة المهنة الصحية حتى بالنسبة "لحلاقي الـصحة" فـي الريف، و"حلاقي إسعاف" في الحضر [269]. كذلك عهد إلـى نفس اللجنة الصحية بفحص المستحضرات الدوائية.

([268]) نفس المصدر، الباب الأول، الفصل الأول.

([269]) انظر: Nawal El Messeri. Op. cit., p. 28

إلى الفهرس

وفي فبراير عام 1886 صدر دكريتو بتـشكيل مـصلحة الصحة العمومية بالقاهرة، تابعة لنظـارة الداخليـة، ويقـوم بإدارتها مدير ولها نفس الاختصاصات السابقة. ولكـن فـي مايو عام 1920 صدر مرسوم ملكي بإلغاء المادتين الأولـى والثانية من الأمر العالي الصادر في عام 1886. وأصبحت المصلحة منذئذ تابعة مباشرة لوزير الداخلية، ويكون لرئيسها درجة ولقب وكيل وزارة. وأصبح مديرها يحمل لقب وكيـل وزارة الداخلية للشئون الصحية، يساعده مدير عام ومفـتش عام.

لقد شهدت بداية هذا القرن العـشرين نجـاح الخـدمات الصحية الوقائية في حماية المواطنين مـن بعـض الأوبئـة الخطيرة كالجدري والطاعون والكوليرا... إلخ. وبعض هذه الجهود كان حكوميا، كما سبق ذكره، وبعضها الآخر قامـت به الإرساليات الأجنبيـة والهيئـات الخيريـة الاجتماعيـة الخاصة. وصدرت آنئذ القوانين الخاصة بالطب الوقائي مثل قوانين التطعيم الإجباري، ومراقبـة العـاملين فـي مجـال

إلى الفهرس

الأغذية، وفحص مياه الشرب وغيرها [270]. أمـا الخـدمات الصحية العلاجية، فقد حاولت الدولة توفيرها بإنشاء بعـض مكاتب الصحة والمراكز العلاجية للأهالي، بالإضافة إلى أن وزارة الشئون الاجتماعية أنشأت بعـض وحـدات عـلاج الأمراض المتوطنة، وبعض المراكز الاجتماعية. غيـر أن أثرها لم يظهر نتيجة لاتساع نطاق إشراف هـذه المراكـز، وانعدام التنسيق العرضي بين الهيئات المشرفة على الخدمات الصحية، وقصور وعي الجمهور بأسباب العدوى والوقايـة من المرض.

وفي هذه الفترة أُعيد تنظيم المـصلحة فـي عـام 1925 بالتحديد، وأُنشئت ثلاث إدارات لها ثلاثة مناصـب جديـدة وهي [271].

1- مدير للإدارة الصحية التي تـضم قـسم المـسائل الصحية العامة، وقسم الأوبئة، وقسم الحدود الطبي، والقسم الهندسي.

([270]) د. هبة أحمد نصار، دراسة في اقتصاديات الصحة العامة وتقييم السياسات الصحية في مصر، مرجع سالف الذكر، ص 152.

([271]) المسح الصحي، مرجع سبقت الإشارة إليه.

إلى الفهرس

2- مدير للإدارة الطبية التي تضم:

- قسم المستشفيات.
- قسم رعاية الأطفال.
- قسم الأمراض المتوطنة.
- قسم الرمد.
- القومسيون الطبي العام.
- تفتيش الصيدليات.

3- خبير صحي مدير للإدارة العامة التي تنقسم إلى:

- قسم الأمراض العقلية.
- قلم الخبير الصحي.
- قسم التفتيش الصحي.
- قسم المستخدمين والمالية.
- قسم الرخص الطبية.
- السكرتارية الفنية.
- معامل مصلحة الصحة العمومية.

ونظرا لتعدد مسئوليات المصلحة رأى نـواب الأمـة أن أعمالها تتغير بسبب ضرورة موافقة وزير الداخليـة بحكـم وظيفته، وبسبب الكادر الظالم الذي يطبق على العاملين بهـا من نوابغ الأطباء. وهنا قرر البرلمان تحويل المصلحة إلـى "وزارة الصحة" ولكن لم يصدر المرسوم بإنـشائها إلا فـي حكومة علي ماهر في 7 أبريل سنة 1936[272].

وقد نص مرسوم إنشاء الوزارة على أن تتكون من قسمين يرأس كلا منهما وكيل وزارة. القسم الأول يشمل المستشفيات العامة والمعامل والصحة العامـة. ويـشمل القـسم الثـاني المرافق القروية (وخصوصا توفير ميـاه الـشرب وتنظـيم القرية) والبلديات والمجاري، ثم تعاقب على وزارة الـصحة من عام 1936 إلى عام 1985، 33 وزيرا أولهـم محمـد شاهين باشا لمدة شهر واحد، أعقبه مصطفى النحاس باشـا.. وآخرهم الدكتور صبري زكي.

وبعد إنشاء الوزارة مباشرة بدأ وضع البـرامج الـصحية بهدف توفير خدمات الصحة العامة لأهالي الريـف بـصفة

([272]) المرجع السابق.

إلى الفهرس

خاصة. فأنشئت المراكز العلاجية (عيادات خارجيـة) فـي المناطق الريفية، على أن يوفر كل مركز منهـا الخـدمات العلاجية لخمسين ألف مواطن [273] وفي عام 1940 شاركت وزارة الشئون الاجتماعية ببرنامج خاص للتوسع فـي بنـاء المراكز الاجتماعية، وتقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة.

إلا أن التقدم الجوهري في إدخـال الخـدمات الـصحية الحديثة في قرى مصر، لم يحدث بفاعلية إلا منذ عام 1942، حينما صدر القانون الحكومي ببناء عديـد مـن الوحـدات الصحية الريفية [274].

ولهذا أنشأت وزارة الصحة قسم الصحة الريفية في عـام 1943 للتوسع في إقامة المراكز الصحية الريفيـة، بواقـع مركز صحي لكل عشرين ألف فرد في الريف [275]. ومنـذ صدور هذا القانون حتى عـام 1955 أُنـشئت 168 وحـدة صحية في محافظات الشرقية والمنيا والدقهلية ودمياط. وفي

([273]) د. هبه نصار. اقتصاديات الصحة.. ، مرجع سابق الـذكر، ص 152.

([274]) انظر: Nawal El Messeri, op. cit., p: 9.

([275]) د. هبة نصار. مرجع سبق ذكره، ص 153.

عام 1980 صارت وزارة الصحة تشرف على 2237 عيادة صحية ريفية [276].

ثانيا: مستويات وعناصر الخدمات الصحية في مصر:

هناك خمسة مستويات للخدمات الصحية فـي مجتمعنـا المصري تتمثل فيما يلي [277]:

1- المستوى الأول وهو يشمل الوحدات الصحية في كل من الريف والحضر، لأنها بمثابة مراكـز للرعايـة الصحية للأمومة والطفولة، ويشتمل كل مركز منها على عيادة خارجية ومعمل ومستوصف [278]. وهي وحدات بدأت تنتشر في الريف لتغطـي الآن 2237 وحدة صحية ريفية.

---

(276) انظر: Nawal El Messeri, op. cit., p. 9, 17

(277) ماجدة السيد حافظ، ديناميات التفاعل الاجتماعي في المؤسـسات العلاجية، مرجع سابق، ص 57.

(278) انظر: Nawal El Messeri, op. cit., p. 10.

2- ويشير المستوى الثاني إلى المراكز الصحية وربطها بالوحدات الصحية.

3- في حين يتضمن المستوى الثالث عدد الأسرة والمستشفيات.

4- ويختص المستوى الرابع ببعض المستشفيات المتخصصة مثل مستشفيات الدرن والسرطان، والقلب... إلخ والمستشفيات العامة.

5- بينما يشمل المستوى الخامس:

(أ) المستشفيات الكبرى في مدينتي القاهرة والإسكندرية.

(ب) المستشفيات الخاصة ببعض الأمراض (القلب – الدرن مثلاً).

(ت) المستشفيات التعليمية الجامعية.

وإذا نظرنا إلى الخدمات الصحية في مصر، منذ إنشاء وزارة الصحة في عام 1936، وجدنا أنها اعتمدت لفترة طويلة على العلاج المجاني، والعلاج الخاص بمستشفيات يمتلكها الأطباء. وقد اتسم بنشاط وزارة الصحة خلال هذه الفترة بالتوسع البطيء في إنشاء مراكز العلاج، وتنفيذ

مختلف مشروعات الخـدمات الطبيـة فـي الريـف مثـل المستـشفيات الـضرورية، ووحـدات العـلاج الـشامل والمجموعات الصحية. ومن الواضح إذن أن مثل هذا الخليط من الخدمات الخاصة والمجانية لم يستطع مواجهة المـشاكل الصحية في مصر بكفاءة. فاحتكر القطـاع الخـاص تقـديم بعض الخدمات الصحية العلاجية للمواطنين، كبديل لا تتمتع به سوى الفئات والطبقات الميسورة [279]. بالإضافة إلى ذلك فقط سيطر بعض الأفراد مثل حلاقي الصحة والدايات علـى تقديم بعض الخدمات الصحية غير الرسمية في الريف [280] فكانت الدايات مسئولات عن 94% من حالات الولادة فـي أربع قرى بمحافظة القليوبية – على سبيل المثال – كما كان حلاق الصحة يضطلع بالعمليات الجراحية البسيطة، ورعاية وتطبيب بعض الأورام، وفتح الخراريج وتطهيرها، وختـان الصبيان، وإعطاء الحقن للمرضى.. إلخ [281]. وإزاء ذلـك ظهرت حدة التناقض بين حاجة الجماهير العريضة لخدمات

([279]) د. هبة نصار، مرجع سبقت الإشارة إليه، ص 153.

([280]) د. نوال المسيري. مرجع سابق، صفحات 19 ، 28 .

([281]) انظر: Ibid, p. 28.

إلى الفهرس

الصحة العامة وبين قصر الخدمات الصحية على القـادرين وحدهم.

ومن ناحية أخرى، فقد تمثل الوجه الثاني للمشكلة في عدم تكافؤ فرص الخدمات الصحية (حتى الحكومية أمام قطاعات الشعب المختلفة [282]. والدليل على ذلك أن محافظة القـاهرة تستحوذ وحدها على النصيب الأكبر من هذه الخدمات.

وعلى هذا الأساس حاول النظام الصحي في مصر حـل هذا التناقض بين الطلب على الخدمات الصحية والمعروض منها، ومراعاة العدالة في التوزيع الجغرافي لهذه الخـدمات؛ حيث وضعت وزارة الصحة أول خطة صحية لها في عـام 1960 داخل إطار الخطة الخمسية الأولـى للدولـة بهـدف التوسع في خدمات الصحة العامـة فـي المنـاطق الريفيـة والحضرية. وأصبح هدف الفلسفة الـصحية فـي المجتمـع الاشتراكي هو توفير هذه الخدمات لكـل مـواطن، بحيـث لا ترتبط بأي شرط مادي أو اجتماعي، وصولاً إلى اشتراكية الطب والعلاج. وفي ضوء هذه الفلـسفة تتابعـت الخطـط

([282]) ماجدة حافظ، مرجع سابق، ص 55.

الصحية، ووضعت وزارة الصحة أول سياسة لها في عام 1972. وسوف تتضح هذه الجهود في ثنايا الفقرات اللاحقة.

العناصر الرئيسية للنظام الصحي في مصر:

يضم النظام الصحي أربعة عناصر أساسية تتمثل فيما يلي: [283]

أولاً: القطاع الحكومي ويشمل:

1- **وزارة الصحة**: حيث تُعد أجهزتها مسئولة أساسا عن توفير الخدمات الصحية المجانية لكل أفراد المجتمع، من خلال شبكة كثيفة من الوحدات الصحية ذات المستويات المتتالية المختلفة. وتنفرد وزارة الصحة بتقديم الخدمات الصحية في المناطق الريفية، كما تنفرد أيضا بتقديم الخدمات الوقائية للمواطنين، في حين تشاركها بعض الجهات الأخرى في تقديم الخدمات العلاجية في المناطق الحضرية.

([283]) د. هبة نصار، مصدر سبق ذكره، ص 154. وكذلك انظر: المسح الصحي، مرجع سبقت الإشارة إليه، الباب الثاني، الفصل الأول.

2- **وزارات أخرى:** تُسهم ببعض نشاطها في تأديـة بعض الخدمات الصحية لفئات مـن المـواطنين ومنها:

أ- **وزارة التعليم العالي:** وتـشرف علـى المستـشفيات الجامعية التعليمية التابعة لكليـات الطـب المختلفـة. وتوفر هذه المستشفيات خدمات علاجية مجانية لقطاع عريض من الجمهور [(284)].

ب- **وزارة المواصـلات:** ويتبعها مستشفى هيئـة الـسكة الحديد.

ج- **وزارة الداخليــة:** ويتبعهــا مستــشفيات الــشرطة والسجون.

د- **وزارة الدفاع:** ويتبعها القسم الطبي بالقوات المـسلحة والمستشفيات المخصصة لعلاج أفراد القوات المسلحة

([284]) هي مستشفيات جامعة القاهرة (4 مستشفيات) ومستشفيات جامعة الإسكندرية (4 مستشفيات) وجامعـة عـين شـمس (3 مستـشفيات)، وجامعة الأزهر (3 مستشفيات)، ومستشفى جامعة أسـيوط: وجامعـة طنطا وجامعة المنصورة، وجامعة الزقازيق (أي عـددهم الكلـي 18 مستشفى).

إلى الفهرس

وعائلاتهم. وهذا القطاع مستقل عن وزارة الـصحة، وله تسهيلاته الخاصة، وهيئة طبية مستقلة.

ثانيا: القطاع العام:

تشرف وزارة الصحة على الخدمات الصحية التي يقدمها هذا القطاع، وهي خدمات علاجية بمقابل نقدي، وتتبع هيئات علاجية حكومية لا تهدف تحقيق الربح، وهي:

1- **هيئة التأمين الصحي:** وهي المسؤولة عن تنفيـذ قانون التأمين الصحي للعـاملين فـي الحكومـة، وهيئـات الإدارة المحليـة، والهيئـات العامـة، والمؤسـسات العامـة تحـت رقـم 75 لـسنة 1964 [285]. وهناك ما يعرف بالعلاج الـشامل، وهو نظام تعاقدي يخدم عددا محدودا من المنتفعين نظير اشتراك سنوي يتم الاتفاق عليه بين الهيئـة وأصحاب الأعمال. كذلك صـرح القـرار رقـم

([285]) الهيئة العامة للتأمين الصحي، التأمين الصحي: أبعاده الـسياسية والاقتصادية والاجتماعية، كتاب العمل، العـدد 56، أكتـوبر 1968، القاهرة، ص 14.

2323 لسنة 1967 بالترخيص للتأمين الـصحي بعلاج المواطنين، غير المؤمن عليهم، مقابل أجره عن طريق أطباء الهيئة. ولهذه الهيئـة وحـداتها الطبية، وهيئة طبية خاصة بها، ويتبـع مجلـس إدارتها وزارة الصحة.

2- **المؤسسة العلاجية**: قامت هذه المؤسسة في عـام 1964 كمرحلة أولية لتوسيع سيطرة الدولة علـى المستشفيات التي كانت ملكًا للقطاع الخاص، وفي نفس الوقت كمرحلة انتقالية لتنفيذ مشروع التأمين الصحي؛ مما يستلزم سيطرة الدولة علـى سـائر الإمكانيات الطبية. وهناك مؤسسة علاجية تتبـع محافظة القاهرة [286] وأخـرى تابعـة لمحافظـة

([286]) ويتبعها أحد عشر مستشفى بمدينـة القـاهرة وهـي: مستـشفى الجمعية الخيرية الإسلامية – دار الـشفاء – هليوبـوليس – الهـلال الأحمر – المستشفى القبطي – مستشفى مصر القديمة – مبرة المعادي – مستشفى الإصلاح الإسلامي – مستـشفى التوفيـق – المستـشفى الإنجيلي – مستشفى الجمهورية.

إلى الفهرس

الإسكندرية [287]. وتوفر تلك المؤسـسة الخدمـة الـصحية العلاجيـة بمقابـل نقـدي متواضـع لا يستهدف الربح؛ حيث تُتحـدد وزارة الـصحة الرسوم العلاجية بالمؤسسة، مع إطـلاق رسـوم الأطباء حرة. وتحصل على 9% مـن مواردهـا المالية من رسوم علاج المرضى الخـصوصيين. وتخصص 10% من أسـرة هـذه المستـشفيات للخدمات العلاجية المجانية لمرضى معينين. ويتبع مجلس إدارة مستشفيات المؤسسة العلاجية وزارة الصحة. وهي مؤسسة تستهدف الحد من ارتفـاع أجور العلاج بمستشفيات القطاع الخاص [288].

وتشرف وزارة الصحة على هيئات أخرى حكومية، لهـا الاستقلال الذاتي في تقديم الخدمات العلاجية للمواطنين وهي:

([287]) وتضم خمس مستشفيات بمدينة الإسكندرية وهي:

1- دار الولادة. 2- مستشفى المواساة. 3- مستشفى المبرة.

4- المستشفى القبطي. 5- مستشفى أحمد ماهر.

([288]) د. هبة نصار. مرجع سابق، ص 156.

إلى الفهرس

1- الهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد التعليمية.

2- الهيئة المـصرية العامـة للمستحـضرات الطبيـة واللقاحات.

3- هيئة الرقابة والبحوث الدوائية.

4- قطاع شركات الدواء.

5- المجلس الأعلى لتنظيم الأسرة والسكان.

ثالثًا: القطاع الخاص:

ويضم كافة المستشفيات والعيادات الخاصة التـي تـوفر الخدمة الطبية بجميع تخصصاتها للمواطنين بأجر نقدي؛ بناء على قوى العرض والطلب، على أن تقـوم وزارة الـصحة بالرقابة على نشاط هذا القطاع طبقًا للقانون المنظم له. وهو قطاع يؤدي دوره أساسا من خلال العيـادات والمستـشفيات الخاصة، وبعض الجمعيات والنقابات الخاصة ذات النـشاط الطبي كالمستوصفات والعيادات [289]. وتذكر الدكتورة هبـة نصار أن 80% من أطباء الحضر في مصر يعملـون فـي العيادات الخاصة مساء بعد تكملة عملهـم فـي مستـشفيات

([289]) المسح الصحي، مرجع سابق، الباب الثاني، الفصل الأول.

وزارة الصحة [290]. وكذلك يسمح للأطبـاء فـي المنـاطق الريفية بالقيام بالزيارات المنزلية لبعض المرضى، وإجـراء الفحوص الخاصة بأجر، وكذلك تَسمح الـوزارة بـالفحص الخاص في داخل الوحدة الصحية بعد ظهر كل يوم [291] وقد يمتلك بعض الأطباء عيادات ومستشفيات خاصة.

رابعا: الخدمات العلاجية الخاصة بقطاع الأعمال:

وهي خدمات علاجية تقدمها بعض المستشفيات للعـاملين والموظفين في الشركات والهيئات العامة. وتُعد هذه الخدمات مستقلة عن وزارة الصحة في إدارتها.

ومن هنا نلاحظ أن النظام الصحي في مـصر يتـضمن عديدا من الخدمات الصحية المجانيـة، عـلاوة علـى دور التأمين الصحي [292]، والقطاع الخاص الذي يخضع بـدوره لقوى السوق، ويخصص نسبة من الأسرة للعلاج المجـاني. وبهذا يتضح أن وزارة الصحة والجامعة المصرية يتصدران

([290]) د. هبة نصار، مرجع سبق ذكره، ص 157.

([291]) انظر: Nawal El Messeri, op. cit., p. 11.

([292]) التأمين الصحي، مرجع سابق ، ص ص 12 – 13.

إلى الفهرس

قطاع الخدمات الصحية المجانية الذي يعم كل أفراد المجتمع. فوزارة الصحة هي المصدر الأساسي في الخدمة الـصحية؛ إذ تهيئ 100% من الخدمات الوقائية للمجتمع كله، بينمـا توفر حوالي 70% من الخدمة العلاجية الفندقية [293] ومـن هذه النسبة يبلغ إجمالي الأسرة المجانية في وحدات الـوزارة أكثر من 90%. والملاحظ أن نسبة إسهام القطـاعين العـام والخاص في الخدمات الصحية في الأعوام 1950 – 1955 كانت 15%، ثم انخفضت في عام 1960 إلى 12.8%، ثـم واصلت ارتفاعها التدريجي إلى 14.2% فـي عـام 1980، وهي النسبة في عام 1955 تقريبا.

إذن تتحمل الحكومة تقريبـا معظـم الخدمـة الـصحية للمواطنين (80%). وفي الـسنوات الأخيـرة قـام القطـاع الخاص بإنشاء مستـشفيات خاصـة واسـتثمارية متعـددة المستويات بمختلف مدن مصر. ففي مدينة القاهرة مثلاً توجد مستشفيات عالمية المـستوى كالـسلام الـدولي بالمعـادي والمقاولين العرب بالجبل الأخضر. ويظل المستوى يتـدرج

([293]) المسح الصحي، مصدر سابق الذكر.

إلى الفهرس

حتى يصل إلى أدناه في صورة "المستشفى الشقة" بالأحيـاء الشعبية. وفي مدينة الجيزة توجد مستشفيات خاصة عديـدة، بعضها تخصصي كمستـشفى أمـراض النـساء والـولادة، وبعضها الآخر شامل لكل التخصـصات الطبيـة ومجهـزة بحجرة عمليات حديثة، ومعمل تحاليل طبية وأجهزة للأشـعة ورسم القلب والمخ.. إلخ. كذلك ظهرت الجمعيـات الطبيـة الإسلامية، وهي أشبه بالمستشفيات الخاصة، عـلاوة علـى المستوصفات الدينية الخيريـة بمعظـم الأحيـاء الـسكنية. وجميعها تضطلع بأداء خدمات صحية عديدة للقادرين، كمـا أن بعضها يقدم خدمات للفقراء وغير القادرين بأجور متنوعة يقدر على بعضها معظم الناس. ومن ناحية أخرى فقد حدت المستوصفات والجمعيات الطبية الإسلامية من مغالاة بعـض أصحاب العيادات الخاصة، وصارت تهدد اسـتمرارهم فـي المنطقة.

أما إذا قارنا أسرة مستـشفيات وزارة الـصحة بالعـدد الإجمالي للأسرة في عام 1982، لاتضح أن نسبتها تـصل إلى 66% من المجموع الكلي، يضاف إليهـا نـسبة أسـرة المستشفيات التعليمية والمعاهد العلاجيـة التابعـة لـوزارة

الصحة (4%) لتصبح النسبة الإجمالية لأسرة وزارة الصحة 70%. وتدخل أسـرة مستـشفيات الجامعـات داخـل بنـد الوزارات الأخرى في الجدول التالي الذي يوضـح إجمـالي عدد الأسرة حسب الحالة في 1982/7/1 [294]:

البيان	النسبة المئوية	إجمالي عدد الأسرة
وزارة الصحة	%66	57163
المستشفيات التعليمية والمعاهد العلاجية	%4	3476
الوزارات الأخرى	%14.6	12633
القطاع العام	%9.7	8388
القطاع الخاص	%5.7	4940
الإجمالي العام	**%100**	**86600**

***

(294) نقلاً عن د. هبة ناصر، مرجع سابق، ص 158.

ثالثًا: الخدمات الصحية الرسمية في ريف مصر:

تجدر الإشارة إلى أن الرعاية الطبية وبـرامج الـصحة العامة الحديثة، بدأت تصل إلى أعماق المناطق الريفية عبـر العديد من الوحدات الصحية الفعالة والدائمـة. ولكـن هـذه الرعاية وتلك البرامج كلما انتشرت وتدعمت، كلما ظهـرت المشكلات أمام فريق القائمين بتقديمها [295]. وبالتالي تكشف لنا هذه المشكلات النقاب عن شبكة العلاقات الـسائدة بـين الجماعات العديدة التي تقدم هذه الخدمات الـصحية الريفيـة علاوة على أنها نبهت إلى أن أية محاولات لإدخال التجديـد والأفكار المستحدثة في المجال الصحي والممارسات العلاجية على مستوى القرية، لا بد أن تراعـي أولاً طبيعـة البنـاء الاجتماعي القائم، والعلاقات الاجتماعية السائدة [296].

وقد بدأ نظام العلاج الحديث يدخل في ريف مصر بشكل متسق منذ بداية الخمسينيات، وعلى الرغم من قدم هذا النظام نسبيا في الريف، إلا أن هناك محاولات لتدعيم الممارسـين

([295]) انظر: Margaret Read, op. cit., p. 9:

([296]) انظر: Nawal El Messeri, op. cit.p p. 5.

إلى الفهرس

الشعبيين التقليديين، مثلما هناك بعض المحاولات في نفس الوقت لإتاحة فرصة التدريب الطبي لهم. وتبدأ هذه المحاولات في عهد محمد علي الذي شجع تطبيق الأساليب الطبية الحديثة حتى يحد من الوفيات. ولذلك أنشأ في عام 1832 مدرسة لتخريج حكيمات يعملن في الريف بدلاً من الدايات [297]. وكانت مدة الدراسة والتدريب ست سنوات منها سنتان تخصصان لتعليم الدارسات القراءة والكتابة ويحصلن في النهاية على شهادة تجيز لهن القيام ببعض المهن الطبية كالتطعيم والتوليد، ومعالجة النسوة والأطفال بالمجان.

وعلى الرغم من نجاح الحكيمات في تطعيم نسوة الطبقات الدنيا بالمدن الكبرى بمصر، إلا أنهن لم يلعبن دورا بارزا في المناطق الريفية إلا مؤخرا، بالرغم من أنهن كن يستدعين لتحديد سبب وفاة نسوة الريف. ولكن مدرسة الحكيمات لم تأت بالنتائج المتوقعة من إنشائها. فإذا كانت أهميتها واضحة

([297]) انظر التفاصيل في مقدمة هذا الفصل.

إلى الفهرس

في نسق الصحة العامة في مصر، إلا أن خريجاتها فشلن في سحب البساط من تحت أقدام دايات الريف.

وظل الحال حتى عام 1882؛ حيـث أدخـل الاحـتلال الإنجليزي نظام التمريض حتى ساد، وغطى علـى مدرسـة الحكيمات فتحولت إلى مدرسة تجارية بسيطة [298]. ونتيجـة لذلك ظلت صورة الحكيمة تختفي عند الناس باستمرار، على حين تقترب الصورة العامة للداية اليوم من الصورة العامـة السابقة لديهم عن الحكيمة، التي كان هدف تدريبها أن تحـل محل الداية في المقام الأول.

ومما يدل على وجود مشكلات كامنة في طبيعـة البنـاء الاجتماعي وثقافة الريف المصري – إزاء إدخـال البـرامج والمشروعات الصحية - أن هناك علاقات متشابكة وعديـدة بين مجال الصحة وبين المجال الاجتماعي ككل، فشكل الأداة اللازمة للرعاية الطبية، وأسلوب استخدام هذه الأداة يتأثران إلى حد كبير بظروف البناء الاجتماعي فالمجتمع كله يـؤثر تأثيرا ضخما ومستمرا على مسلكنا نحـو الرعايـة الطبيـة

(298) انظر: Ibid, p. 9:

إلى الفهرس

للأفراد المقصودين بها [299]. وبالتالي قـد يـساعد البنـاء الاجتماعي والثقافي السائد على نجاح البرنـامج، أو يعجـل بفشله. ومن ذلك أن المحاولات الحكومية لتدعيم الممارسـين الشعبيين للطب في مصر كانت أحيانًا أكثر نجاحا وتوفيقًا من مجهود الحكومة للتخلص منهم.

وعلى سبيل المثال فقد نظمت الحكومة امتحانات نظاميـة مصممة لتدريب حلاقي الريف على الممارسـات الـصحية، وإجازتهم رسميا. ولذلك صار حلاقو الصحة بالتقادم ملامح مركزية في نظام الرعاية الصحية الريفية؛ حيث كانت الفكرة في البداية تستهدف إعدادهم للاضطلاع بالمسئوليات والأعباء الطبية التي لا تستطيع القوي العاملة الطبية القيام بهام نظـرا لندرتهم الشديدة [300]. وصار كل حلاق يجتاز الاختبـارات الحكومية مندوبا ممثلاً للدولة في المجال الـصحي بالقريـة، ومؤهلاً لإعداد وإصدار شهادات الوفاة، والقيام بالتطعيم ضد

([299]) إميل ليفي، البحث عن مؤشرات إحصائية للصحة، ترجمة محمد عبد الفتاح بيومي، مقال بالمجلة الدوليـة للعلـوم الاجتماعيـة ع 32، مركز مطبوعات اليونسكو، القاهرة، يوليو 1978، ص 74.

([300]) انظر: Nawal El Messeri, op. cit., p: 9.

إلى الفهرس

الأمراض، وختان الأولاد، وتضميد الجروح... إلخ. غير أن المشروع التدريبي آل إلى الزوال في النهاية، ولكن لا يزال هناك بعض الحلاقين المجازين رسميا من الحكومة يمارسون المهنة الطبية، علاوة على انتشار الحلاقين غير المجـازين لممارسة الطب، وازدياد عددهم [301].

والملاحظ أن موظفي الصحة في القـرن التاسـع عـشر وأوائل القرن العشرين كانوا يحترمون الحلاقين، ويبجلـون فيهم خبراتهم التقليدية وتدريبهم العملي. وهكذا كنا نجد بعض حلاقي الريف ينخرطون فـي النـسق الـصحي الرسـمي، ويسمون "حلاقي الصحة" كما كان حلاقو الحـضر يقومـون بالخدمات الصحية الرسمية في المـدن ويـسمون " حلاقـي إسعاف" first aid barbers. ولكي يصبح الحـلاق حـلاق صحة، لا بد أن يجتاز امتحانًا لاختبار معرفته المكتسبة فـي المجال الصحي. فإذا اجتازه بنجاح، تلقى تدريبا لمدة شـهر،

([301]) لم يشر المؤلف للعلاقة بين الخدمة الـصحية الرسـمية وغيـر الرسمية هنا، لأنها موضوع رئيسي يناقشه في المصدر التالي: د. علي المكاوي، "الأنثروبولوجيا الطبية: دراسات نظرية وبحـوث ميدانيـة"، تحت الطبع.

يمنح بعده الرخصة لمزاولة المهنة [302]. ومن ناحية أخـرى كان حلاقو الصحة يستدعون في أثناء انتشار الأوبئة ليكملوا عمل موظفي الصحة العامة في مناطق إقامتهم، وفـي هـذه الحالة يسمون "حلاقي كردون".

إلا أن الخدمات الصحية لم تقدم بكفاءة للريف المـصري إلا منذ عام 1942 حينما صدر القانون الحكومي ببناء عديد من الوحدات الصحية الريفية. وحتى عام 1955 أنشأت فيـه الدولة 168 وحدة؛ إذ بدأ الدكتور عبد الواحد الوكيل وزيـر الصحة خلال عام 1945 بإقامة الوحدات القرويـة. وتبنـى مجلس الخدمات – الذي قام أعقاب ثـورة 1952 – فكـرة الوحدات المجمعة التـي تجمـع بـين الرعايـة الـصحية والاجتماعية والتعليمية والزراعية في الريـف [303]. وبعـد أولى الدكتور النبوي المهندس والدكتور عبده سلام اهتمامـا مباشرا بالوحدات الصحية الريفية في أنحاء الريـف، حتـى تكون هناك وحدة لكل خمسة آلاف من سكان القرى. وتبنـى الدكتور محفوظ فكرة عيادات الأطباء فـي المـدن، ونظـام

([302]) انظر التفاصيل عند نوال المسيري، مرجع سابق، ص 28.

([303]) ماجدة حافظ، مرجع سابق، ص 195.

متكامل الخدمات. في حين عمل الدكتور فؤاد محيي الـدين على تعميم المستشفيات القروية على مستوى القرية الكبيرة.

ويشير معدل تقديم الخدمات الصحية في الوحدات الريفية إلى وجود نظام رسمي للصحة في مصر يسبق كثيـرا مـن البلدان الأخرى النامية [304]. وهو النسق الصحي الذي تمتـد خدماته لتشمل جميع القرى، وتغطي معظم حاجاتها الصحية، في ضوء الإمكانيات المتاحة. وهناك بالقطع قصور في هـذا النسق – سواء في الإمكانيات أو في الأداء الوظيفي نفسه – إلا أن القرويين يرجعونه إلى المشكلات البيروقراطية أكثر؛ مما يرجعونه إلى مشكلات في نفس الممارسـات والتأهيـل والأداء الوظيفي للنسق الصحي ذاته.

وتتعدد الخدمات الصحية في الريف (الرسمية)، وتـزداد أهميتها نظرا لأن أكثر من نصف سكان مـصر (56.1%) يعيشون في المناطق الريفية، وتضطلع بتوفير هذه الخـدمات كل من الوحدات الصحية الريفية والمراكز الصحية الريفية،

([304]) انظر مثلاً: Nawal El Messeri, op. cit., p. 39.

والوحدات المجمعة، والمستشفيات القروية [305]. وتوفر هذه المؤسسات الخدمات العلاجية والوقائية والإسعافية والصيدلية والاجتماعية والزراعية.. إلخ. كما يوجد بمعظمها عيـادات داخلية. وتبلغ نسبة أسرة وحدات القطاع الريفـي 14.41% من أسرة مستشفيات وزارة الصحة. وتأتي هذه النسبة بعـد نسبة أسرة المستشفيات العامة البالغـة 37.2% فـي عـام 1982.

***

رابعا: التنظيم الإداري لخدمات الصحة العامة:

يسير التنظيم الإداري للخدمات الصحية في مصر علـى نفس التنظيم الإداري الحكومي علـى المـستوى المركـزي والمحلي؛ حيث تنقسم هذه المراكز هي الأخرى إلى مجموعة من القرى تزيد على الأربعة آلاف. ويتدرج التنظـيم عبـر

([305]) د. هبة نصار، مرجـع سـابق الـذكر، ص ص 166 – 167. وسترد تفاصيل عن هذه الوحدات ونشاطها في الفقرة القادمة.

إلى الفهرس

ثلاثة مستويات وهي المستوى المركزي، ومستوى المحافظة، ومستوى القرية [306].

المستوى الأول وهو المركزي: حيث يضطلع وكلاء وزارة الصحة بنقل سياسة الوزارة إلى المحافظات المختلفة؛ إذ يختص كل وكيل منهم بالإشراف على أكثر من قسم من الأقسام التالية:

1- قسم الخدمات الصحية العامة في الريف.
2- قسم الطب الوقائي.
3- قسم الأمراض الموسمية.
4- قسم المستشفيات العامة والخاصة.
5- قسم الصيدلة.
6- قسم الصحة المدرسية.
7- قسم معامل الصحة العامة والإنتاج.
8- قسم القومسيون الطبي.
9- قسم الترخيص وتسجيل أفراد الهيئة الطبية.

([306]) د. هبة نصار، مرجع سابق، ص ص 158 – 159.

إلى الفهرس

10- قسم ترخيص المستشفيات الخاصة والصيدليات.

11- قسم الصحة الدولية (الدوائية).

كذلك كونت وزارة الصحة مجموعـة لجـان خاصـة – علاوة على هذه الأقسام – تضم بعـض مـوظفي الـوزارة بجانب خبراء صحيين مختلفين مـن الهيئـات والجامعـات والمعاهد البحثية الطبية. ورأي هذه اللجان استشاري بحـت بغرض بحث المشكلات الصحية الرئيسية.

وفي عام 1978 أُعيد تنظيم وزارة الصحة بغية التركيـز على التعاون مع كافة الجهات المتخصصة الأخرى كـأجهزة استشارية مثل المجلس الأعلى للصحة، والمجلـس الأعلـى للإسعاف، ومجلس التنمية البشرية، واللجنة العليا للبلهارسـيا والأمراض المتوطنة.. إلخ [307] ومن هنا صارت الـوزارة تضم مكتب الوزير وأربعة قطاعات رئيسية جديدة وهي:

1- قطاع الخدمات المركزية ويختص بـ:

أ- تجميع المعلومات والبيانات الإحصائية.

([307]) وزارة الصحة، خطة الوزارة لعام 1978/ 1979، نقـلاً عـن المصدر السابق، ص 160.

ب- التخطيط للمشروعات الصحية الجديدة.

ج- التخطيط لتوفير القوى البشرية.

د- تخطيط الإنفاق الجاري والاستثماري على أسـس اقتصادية سليمة.

هـ - تخطيط العلاقات الصحية الخارجية.

2- قطاع الخدمات الوقائية.

3- قطاع مكافحة الأمراض المتوطنة والرعاية الـصحية الأساسية.

4- قطاع الرعاية الطبية العاجلة التخصصية.

ثم استحدثت الوزارة وحدة للمشاريع الأجنبيـة، ووحـدة للمشاريع الاستثمارية في الإدارة العامة للتخطيط فـي عـام 1980 [308]. ويتمثل دور الـوزارة (الـديوان العـام) فـي التخطيط والمتابعة والإشراف على السياسة الـصحية مـن

([308]) وزارة الصحة، الاستراتيجية العامة للقطاع الـصحي 1981/8.

نقلاً عن:

د. هبة نصار، مرجع سابق، ص 160.

خلال اجتماعات دورية بـين بعـض مـسئولي الـوزارة، ومندوبي الهيئات المحلية، وواضعي السياسة العامة.

وعلى مستوى المحافظة: توجد مديرية للشئون الـصحية يرأسها مدير عام بدرجة وكيل وزارة. ويقوم نواب المـدير العام بالإشراف على الخدمات الصحية العلاجيـة والوقائيـة والريفية، وهي الخدمات التي تـدخل فيهـا الرقابـة علـى الأمراض المعدية، وعلى الطعام وعلى الصحة المدرسـية، ورعاية الأمومة والطفولة. ويتمثل دور مـديريات الـشئون الصحية في تنفيذ الخطط الصحية، وتقدير المتابعة للـديوان العام.

وعلى مستوى المركز والقرية: فقد بذلت جهـود عديـدة تحول دون مركزية الإدارة في مجال الصحة العامـة، مـن خلال نقل نائب مدير الخدمات الصحية الريفية إلى المراكـز المختلفة. ويتم تزويده بوسائل المواصلات اللازمة للانتقـال من أجل الإشراف على الخـدمات الـصحية فـي القـرى والوحدات المختلفة.

***

خامسا: الخدمة الصحية الرسمية:

يتركز اهتمام الرعاية الصحية في الوقت الحاضر على إصلاح ما تلف من أبداننا، ثم أعادتنا إلى ميدان المعركة لنتغلب على القوى الاجتماعية البيئية المعادية، والتي هي أول من يسبب لنا المرض. وحتى نتمتع بمستقبل صحي متوازن، علينا أن نبتدع سياسة عامة اقتصادية وبيئية واجتماعية، تحفظ نمط الحياة الصحي وتنقص من سموم البيئة [309].

وإذا كان مليون طفل يموتون كل عام في أفريقيا من مرض الملاريا، وهناك مجال للوقاية من هذا المرض، فإن الوقاية الحقيقية تكون بالتطعيم إذا وجد، والتغذية الصحية، وتحسين البيئة، ورفع المستوى الاقتصادي والاجتماعي والتربوي، وتوفير المياه الصالحة للشرب، والتخلص من الفضلات والقمامة بالأسلوب الفني اللازم والتوعية الصحية، ومكافحة الأمراض المتوطنة على مستوى الصحة

([309]) كامل اللحام، "ما وراء الرعاية الصحية لخلق مستقبل صحي"، مقال منشور بمجلة الثقافة العالمية، الكويت، مارس 1983، ص 164.

العامة[310]. وكل هذه الأنشطة تندرج تحت خدمات الـصحة العامة، ومن أبرز ميادينها الطب الوقائي.

ومن منطلق الرعاية الصحية، والطـب الوقـائي، تقـوم وزارة الصحة في مصر بتقديم العديد من الخدمات الـصحية الرسمية لتحقيق هذين المأربين، بدءا من المستوى المركزي وحتى مستوى القرية. ويمكن توضيح هذه الخدمات الصحية المتوفرة على المستويات الثلاثة على النحو التالي [311].

أولاً: الخدمات الصحية على المـستوى المركـزي وتتمثل في:

1- المستشفيات التعليمية وتتبـع وزارة الـصحة، وتقـدم الخدمات العلاجية العامة لقطاع عريض من الجمهـور المصري. وتضم تلك المستشفيات التعليميـة مستـشفى المطرية العام، ومستشفى سوهاج الجديـد، ومستـشفى

([310]) د. نبيل صبحي الطويل، الحرمان والتخلف في بلاد المسلمين، ط 2، كتاب الأمة، عدد شوال 1404هـ، الدوحة، ص ص 125 – 126.

([311]) د. هبة نصار، مرجع سـبقت الإشـارة إليـه، ص ص 164 – 167.

الساحل العام، ومستشفى أحمد ماهر، ومستشفى دمنهور التعليمي، ومستشفى بنها التعليمي، ومستـشفى شـبين الكوم، ومستشفى الجلاء للنساء والولادة.

2- **معاهد ومراكز الأبحاث الطبية:** ويتبعها معهـد شـلل الأطفال، ومعهد جراحة القلب، ومركز أمراض القلب، ومعهد بحوث طب المناطق الحـارة، ومعهـد الـسمع والكلام، ومعهد التغذية ومعهد الرمد التذكاري، ومعهد بحوث الحشرات، ومعهد السكر. وهي مؤسسات طبيـة تقدم خدمات الـصحة العامـة فـي عيـادات داخليـة وخارجية، وتـوفر الخـدمات المعمليـة للمستـشفيات والعيادات، وتحضير الأمصال المطلوبـة للتطعيمـات المختلفة. وتقوم معاهد البحوث بالإشراف على الأبحاث الخاصة بالأمراض الهامـة كالبلهارسـيا والأمـراض المتوطنة ومرض السلطان.

ثانيا: الخدمات الصحية على مستوى المحافظة: وتوفرها الوزارة من خلال:

(أ) مكاتب الصحة: وتتلخص وظائفها في تسجيل المواليـد والوفيات، والرقابة على الطعـام وبعـض الوظـائف

إلى الفهرس

الوقائية الأخرى، بالإضافة إلى أعمال التطعيم ضد الأمراض المعدية وتطعيم الأطفال.

(ب) **خدمات الصحة المدرسية**: وتكمن أهميتها في أن حوالي ثلث سكان مصر في سن التعليم. وتضطلع عديد من المراكز الصحية بتقديم هذه الخدمات لتلاميذ المدارس كالتطعيم ضد الأمراض. وتحديد الحالات المرضية وعلاجها، والتعليم الصحي للتلاميذ. وتشمل هذه الوحدات مستشفيات الطلبة التابعة للوزارة، والوحدات الوقائية والعلاجية والتخصصية. وقد كان عدد هذه الوحدات 45 في عام 1952 تضم 81 سريرا، وارتفعت إلى 230 وحدة في عام 1980 تضم 556 سريرا [312]. وتقدم هذه الخدمات من خلال:

1- المراكز الصحية المدرسية (عيادات خارجية).

2- مستشفيات الصحة المدرسية.

3- وحدات الصحة المدرسية (عيادات خارجية).

([312]) المسح الصحي، مرجع سابق، الباب الثاني، الفصل الأول.

إلى الفهرس

4- الزائرون الصحيون (أطباء وزارة الـصحة) لمختلـف المدارس.

(ج) **مراكز رعاية الأمومة والطفولة:** وهي توفر الخـدمات الصحية الوقائية للأمهات والأطفال من توعية غذائيـة، وتطعيم بالإضافة إلى بعض الخدمات العلاجية. وتتمثل خدمات هذه المراكز في رعاية الأمهات والأطفال فـي فترة ما قبل الولادة وأثنائها وبعدها، ويضم كل مركـز طبيبا وصيدليا وطبيب أسنان وممرضة واثنين أو ثلاث مساعدات ممرضات أو قابلات، أخـصائيا اجتماعيـا وأخصائي توعية غذائية، وفني معمل. وتأتي خـدمات تنظيم الأسرة على رأس مهام هذه المراكز.

(د) وفي نهاية السبعينيات أنشأت الوزارة بعض **الوحـدات الصحية في المناطق الحضرية** بغرض تكامل الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية رأسيا وأفقيا، وهي[313]:

1- المركز الطبي العام وهو أساس الخدمة الصحية في الحضر كالوحدات الصحية الريفية في الريف. ويقدم

([313]) د. هبة نصار، مرجع سالف الذكر، ص 165.

خدمات رعاية الطفولة والأمومة، والطـب العـام، والخدمات الوقائية والتسجيلية والإحصائية.

2- العيادة الشاملة التخصصية وترتبط بمستشفى عـام أو مركزي، وتقوم بخدمة سن المدرسة، والخدمـة الوقائية والتسجيل والإحصاء والخدمة الاجتماعيـة. والوسائل الحديثة للتشخيص من معمـل وفحـوص إشعاعية.

(هـ) **المستشفيات**: وهـي عامـة وتخصـصية، تقـدم الخدمات العلاجية المجانية في العيادات الداخلية والخارجيـة لكبار الأفراد بلا استثناء، مع فرض بعض الرسـوم علـى العلاج الاقتصادي بها.

ثالثًا: الخدمات الصحية على مستوى الريف:

وترجع أهميتها إلى أن أكثر من نـصف سـكان مـصر يقيمون في الريف. وتضطلع الوحدات التالية بتـوفير هـذه الخدمات:

(أ) **الوحدات الصحية الريفية**: وهي الفكرة التـي أولاهـا الدكتور النبوي المهندس والدكتور عبده سلام – وزيرا الصحة من قبل – جل اهتمامهما فـي أثنـاء توليهمـا

مسئولية الصحة، لتعم هذه الوحدات الريفية [314]، حتى يكون لكل خمسة آلاف نسمة من السكان وحدة صـحية تخدمهم؛ حيث توفر الخدمات العلاجيـة عـن طريـق الفحص الطبـي بالمجـان، وبـالأجر فـي العيـادات الخارجية، وتقديم الخدمة اللازمة للأمهات الحوامل منذ الحمل حتى الولادة، علاوة على صرف بعض الأدوية والمقويات مجانًا. وهي في الغالـب أقـراص الحديـد وغيرها من الفيتامينات [315]. أما خدمات رعاية الطفل فهي تتركز حول تطعيمـه ضـد الأمـراض كالـشلل والدفتيريا والحصبة، وتعاقب الآبـاء المقـصرين فـي تطعيم أبنائهم في المواعيد المحددة. كذلك تقـدم هـذه الوحدات الخدمات الوقائيـة، ولا يوجـد بهـا عيـادة داخلية[316].

(ب) **المراكز الصحية الريفية:** وهي تتكون مـن عيـادة داخلية بها حوالي عشرة أسرة ومعمل وصيدلية، وتقدم

([314]) ماجدة حافظ، مرجع سبقت الإشارة إليه، ص 195.

([315]) انظر: Nawal El Messeri, op. cit., p. 12.

([316]) د. هبة نصار، مرجع سالف الذكر، ص 166.

خدمات علاجية ووقائية وخدمات إسعافية. ويتوافر بها مكان لإقامة الطبيب والممرضات.

(ت) الوحدات المجمعة: ظهرت فكرة إنشائها في المناطق الريفية، من ضرورة تحقيق التكامل بين الخدمات الصحية، وكافة الخدمات الاجتماعية الأخرى. وتقدم هذه الوحدات الخدمات الصحية وخدمات الرفاهية والتعليم والزراعة [317]. ويتكون القسم الصحي بها من عيادة خارجية ومركز لرعاية الأمومة والطفولة، وعيادة داخلية تضم عدة أُسر تتراوح بين أربعة عشر وعشرين سريرا. وتوفر هذه الوحدات بعض الخدمات الصحية لطلبة المدارس.

(ث) المستشفيات القروية: تبنى الدكتور فؤاد محيي الدين وزير الصحة الأسبق هذه الفكرة منذ عام 1976، فتحولت بعض المراكز الصحية الريفية إلى مستشفيات قروية تضم من 15 – 20 سريرا، بغرض توفير بعض الخدمات العلاجية لأبناء الريف في داخل قراهم. كما

---

[317] انظر: Nawal El Messeri, op. vit. P. 10.

إلى الفهرس

بدأت الوزارة منذئذ في إنشاء مستشفيات قروية تخدم المناطق الريفية.

***

سادسا: الخدمة الصحية غير الرسمية:

تجدر الإشارة إلى أن الخدمة الصحية الرسمية تتعايش مع الخدمة غير الرسمية في المجتمعات النامية، وفي المجتمعات المتقدمة على حد سواء، وإن كانت المواجهة بينهما أكثر حدة في المجتمعات الأولى. ومن ناحية أخرى تزداد الخدمات غير الرسمية انتشارا في المجتمعات الريفية عن المجتمعات الحضرية. وبالتالي سيركز المؤلف على الريف، تاركًا الخدمة الصحية في الحضر، وموقف المواجهة بين الطب الرسمي والشعبي لكي يعالجهما في الفصل الخامس من دراسة أخرى لنا [318].

[318] Margaret Read, op: cit. pp: 16 – 17.

إلى الفهرس

وقد أجرى الأنثروبولوجيون والمشتغلون بالصحة تمييـزا بين الأنواع العديدة من مقـدمي الخـدمات الـصحية غيـر الرسمية، وحصروهم في فئات [319]:

1- النسوة المشهورات بالوصفات المنزلية.

2- الممارسون بالوراثة ذوو المهارات اليدوية كتجبيـر العظام، والجراحة البدائيـة، والتـدليك، والأشـكال الأولية للتطعيم.. إلخ.

3- المعالجون بالأعشاب herbalists وهم أكثر الفئات شهرة ومعرفة بفوائد النباتات الطبية.

4- المعالجون بالطقوس كالمغني أو المنشد singer عند النافاهو مثلاً.

5- العـراف الـذي يـشخص المـرض The diagonistician – diviner

وفي المجتمع الريفي المصري، توجد فئات عديـدة مـن الممارسين يضطلعون بالخدمات الصحية غير الرسمية. غير أن أكثرهم انتشارا وتأثيرا هم الدايات والحلاقـون، حـسبما

([319]) التفاصيل في كتابنا الأنثروبولوجيا الطبية، تحت الطبع.

تشير دراسة سريعة لأربع قرى بمحافظـة القليوبيـة [320].

وها هي نماذج للخدمات التي يؤدونها في المجتمع الريفي.

1- الدايات mid wives:

وهي تعد مسئولة عن 94% من حـالات الـولادة، أمـا النسبة الباقية (6%) فهي الحالات المتعسرة التي تلجأ للطبيب بعد نفاذ حيلة الداية. وتكتسب الداية معرفتها بالتوليـد مـن خلال الخبرة الموروثة من الأم أو الخالة أو الجـدة.. إلـخ. وبالتالي فمعظم الدايات كن يتدربن على القبالة مع أمهـاتهن أو جداتهن قبل أن يحترفنها، علاوة على التحـاق بعـضهن "بمدرسة التوليد" ليجمعن بين الخبرات الموروثة (التقليديـة) والمكتسبة (الحديثة) [321].

وكانت الداية تتلقى في المدرسة تدريبا على مدى تـسعة أشهر في صميم المهنة، فتـتعلم خلالهـا التوليـد وفنونـه، والمبادئ الأساسية للصحة العامـة، وصـحة الأم والطفـل، وكذلك كيفية التـصرف إزاء حـالات الـولادة المتعـسرة والمعقدة.

([320]) Nawal El Messeri, op. cit., p: 19.

([321]) Ibid, The Same Page.

وتقوم الداية – في الحالات المتعسرة للولادة – بالتصرف بإعطاء ذات الحمل قطعة من السكر لتأكلها ليشتد الطلق. كما قد تنصح بإعطائها حقنة كالسيوم إذا زاد التعـسر. وعنـدما تضع ذات الحمل حملها، تنصحها الداية بتجنـب الأطعمـة المطبوخة "بالتقلية" أو بالسمن، وتجنب شـرب المـاء بعـد الولادة، والاستعاضة عنه بشرب الحلبـة [322]. وتنـصحها أيضا بأكل دجاجة كاملة مسلوقة أو كمية من اللحـم لتحمـل محل الطفل، وتعيد القلب إلى مكانه الصحيح.

ومن الخدمات الصحية الأخرى – التي تقدمها الدايـة – فحص الحامل لأول مرة من أجل اختبـار حقيقـة الحمـل، وتوجيه النصح والإرشاد لها. وإذا ظهر نزيف اصـطحبتها إلى الطبيب. وهنا نلمس الخيط الرفيـع الـذي يـربط بـين الخدمات غير الرسمية. وفي الوقت الذي تقوم فيـه الدايـة بالحفاظ على المرأة الحامل للمرة الأولى ورعايتهـا، فإنهـا لديها الخبرة الواسعة بإجراء الإجهاض بالأساليب التقليدية في حالات الحمل غير المرغوب فيه، أو الانحراف.

([322]) Ibid, p. 22.

إلى الفهرس

وتضطلع الداية كذلك بدور الوساطة بين الأسـرة وبـين الممرضة أو الطبيب في حالات الولادة المتعسرة، وترعـى الطفل المولود، وترعى الأم، وتمارس الطقـوس المرتبطـة بالولادة، وتختتن البنات في سن يتراوح مـا بـين الـسابعة والعاشرة، وتتولى توجيه عملية تنظيم الأسرة.

2- حلاق الصحة health barber:

الحلاق موضوع هام في التراث الشعبي، فهو محور من محاور العادات (الختان – الزواج)، والمعتقدات والمعـارف الشعبية (الطب الشعبي)، والأدب الشعبي (الأمثال الشعبية).. إلخ. وكان من الحلاقين من ينخرط فـي النـسق الـصحي الرسمي، فيصبح حلاق صحة. وكذلك كان حلاقو الحـضر يقومون بالخدمات الصحية في المـدن ويـسمون "حلاقـي إسعاف".

وقد أدركت وزارة الصحة في مصر أهمية دور الحـلاق في حياة الريف، وخطورة دوره، ولذلك أتاحت لهم فرصـة التدريب الرسمي الصحي لمدة شهر يمـنح بعـد اجتيـازه

إلى الفهرس

الرخصة بمزاولة الخدمات الـصحية [323]. وفـي حـالات انتشار الأوبئة كانت الوزارة تستدعيهم ليـساعدوا مـوظفي الصحة العامة في مناطق إقامتهم. غير أن وزارة الصحة لم تعد تستغل الحلاقين في الخدمات الرسمية حاليا، كما لم تعـد تمنحهم تراخيص بمزاولتها؛ مما ترتب عليه أن صـار كـل حلاق يعرف شيئًا من معالجة الجروح والأمراض البسيطة، يسمى تلقائيا "حلاق صحة" سواء كان مجازا رسميا فيما قبل، أو غير مجاز.

ومرد ذلك أن الحلاقين يشكلون جماعـة تـزود الريـف بالجراحين والمعالجين الشعبيين، فأداة عملهـم هـي مـوس الحلاقة، وأداة الجراحة هي الموس أيضا. وقد تعود الحـلاق التعامل مع الموس القاطع واستخدامه. وعلى الرغم مـن أن كل الحلاقين يـضطلعون بـبعض الممارسـات العلاجيـة البسيطة، إلا أن قليلاً منهم يعتبرون هذه الممارسات مهنـتهم الرئيسية، والمشهور منهم يهجر الحلاقة ويتفرغ للممارسات العلاجية، ويحيل دكانه إلى عيادة لهذا الغـرض [324]. كمـا

(323) Ibid, p. 28.

(324) انظر: Nawal El Messeri, op, cit., p. 30.

إلى الفهرس

نلاحظ أن كثيرا من الحلاقين حصل على خبراته بالوراثة أو بالاكتساب من خلال التدريب الرسمي أحيانًا. ومن هنا حاول بعضهم الانخراط في النسق الصحي الرسمي من قبل مثل أبناء "أبو إمام" معالجي حالات الشلل بالقبابات بمركز الصف. وهذا ما وضحناه في الدراسة الميدانية.

ومن ناحية أخرى فقد انخرط معهم آخرون من المسرحين من الخدمة العسكرية بعد حرب 1973 – سواء كانوا في سلاح الخدمات الطبية أو في غيره – وعينوا عمالاً بهذه الوحدات الصحية، واكتسبوا الخبرة بالتدريج من الطبيب والممرضة، وصاروا يقدمونها في داخل الوحدة وفي خارجها. كذلك دخلت فئة أخرى من العاملين بالمستشفيات المركزية والعامة والعيادات الخاصة بالمدن والريف في تقديم الخدمة الصحية بالقطاع الريفي. وهناك نوعية رابعة في هذا المجال تضم العمال بالأقسام الطبية بالشركات والمصانع، الذين اكتسبوا بعض الخبرات الصحية من العمل، ويقدمونها إلى جمهور الريف مساء بعد العودة من العمل اليومي وفي العطلات. وهكذا تغلبت مصادر الخبرة الصحية

الرسمية على المصادر غير الرسمية في القطـاع الريفـي، بحيث لم يعد الحلاقون منفردين في ساحة الخدمات الصحية.

ويقوم الحلاق بختان الأولاد، ومتابعة هذه العمليـة علـى مدى يومين أو ثلاثة. كذلك يعطي الحقن التي يـصفها هـو حينًا، أو يقررها الطبيب للمريض حينًا آخر؛ حيث يـستدعي المريض حلاق الـصحة ويـشكو إليـه مرضـه، فينبـري بتشخيص المرض ويصف الدواء وهو الحقـن غالبـا [325]. ويصدق ذلك على أمراض العيون وآلام الـبطن ومتاعـب الأذن والأمراض الجلدية، وجراحـة الخـراريج بأنواعهـا وخياطة الجروح والتغيير عليها وتطهيرها.. إلخ. وهذا مـا كشفنا عنه في دراستنا الميدانية.

3- المعالجون الشعبيون المتخصصون:

وتضم هذه الفئة بعض المسنين من الرجـال والنـساء الذين يحترفون الطب الشعبي في تخصص واحـد يبرعـون فيه. وهم يتقاضون عنه أجـورا نقديـة أو عينيـة تختلـف باختلاف الحالة ودرجة خطورتها. كما قد لا يتقاضون أجرا

([325]) انظر: Ibid, p. 32.

إلى الفهرس

عن بعض الخدمات السريعة كعلاج ضربة الـشمس مـثلاً. وتدور هذه التخصصات حول تلحيس فم الطفل الرضيع[326]، وعلاج جذوع المفاصل، وآلام العين وضربة الشمس وكسور العظام والصراع والشلل بمختلف أنواعه والتسمم[327]...إلخ. ومن ناحية أخرى فقد يجمع المعالج بين تخصصين في وقت واحد كعلاج الصداع وآلام العين، أو بـين عـلاج ضـربة الشمس وآلام الأذن.

***

([326]) د. حسن الخولي، الريف والمدينة في مجتمعات العـالم الثالـث، مصدر سبقت الإشارة إليه، ص 392 وما بعدها.

([327]) سبق أن تناولنا هذه التخصصات العلاجية بالتفصيل في: د. علي المكاوي، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الصحية، مرجع سابق، الفصل الخامس.

الفصل الخامس

المستشفى كنسق اجتماعي

مقدمة حول الوضع الراهن للمستشفى:

كانت المستشفيات (البيمارستانات) في أول عهدها بسيطة، ثم ازدهرت في عهد الدولة العباسية وأصبح لها نظام دقيق، فكان البيمارستان يضم أقساما مختلفة مجهزة، يخـتص كـل منها بعلاج مرض معين، علاوة على الأقسام الإدارية ونظم الخدمة التخصصية وتوفير الدواء والغذاء والتموين والمالية، ثم نظام التعليم الطبي [328]. وهكذا كانت معاهد علمية إلـى جانب كونها دورا للعلاج.

وفي المقابل كانت المستشفيات الأوربية فـي العـصور الوسطى طريقًا إلى الموت، بل كانت مكانًا لمـوت هـادئ مريح، واعتبرت في كثير من الأحيان مستودعا لسلب آمـال

([328]) د. محمد كامل حسين وآخرون، الموجز في تاريخ الطب، مرجع سابق، ص (227).

إلى الفهرس

المرضى في الصحة والحياة [329] وهذا راجع بطبيعة الحال إلى التخلف الأوروبي الواضح أيامئذ في جميـع المجـالات والخدمات، ومن بينها الخدمات الصحية.

أما اليوم فقد أصبحت المستشفى ماوى للمريض، ومؤشرا دالاً على الصحة في المجتمع، ومكانًـا للبحـث والدراسـة، وتدرس فيه أسباب المرض للوقوف عليها وفهمها من أجـل الأصحاء والمرضى على حد سواء. ولذلك فإن أبرز واجبات المستشفى يتمثل في التشخيص المبكر للمـرض، وتعميـق معرفتنا بعوامل اضطراب الصحة، وبالتالي العلاج الـسريع للمرض قبل استفحال آثاره. وهنا تظهر العلاقة الوثيقة بـين الطب والمجتمع: فالطب شخص المرض وحـدد الأسـباب، وعين مظاهر الاضطراب في الصحة وكيفية مقاومة المرض والوقاية منه، وبقي على المجتمع إذن أن يستفيد من النتـائج التي تسفر عنها العلوم الطبية [330]. فإذا اكتشف الطبيب مثلاً علاقة الملاريا بالبعوض فقد انتهـى واجبـه ليبـدأ واجـب

([329]) د. أحمد مختار منصور، الإنسان والمرض، منشورات جامعـة الزقازيق، د. ت، ص 117.

([330]) المصدر السابق، ص (118).

المجتمع في التخلص من المستنقعات، والأخذ بأسباب الوقاية المختلفة.

وإذا كانت المستشفى تقوم برعاية المرضى، فإن عمليـة الرعاية Caring تتضمن "علاقـة" كمـا تتـضمن العلاقـة "موقفًا". وهكذا تتضح مسئولية علم الاجتماع والأنثروبولوجيا معا في دراسة تلك المواقف الاجتماعية؛ أي دراسة الـسلوك الإنساني بما يتضمنه من سمات المواقف فرديـة وموقـف اجتماعي تؤثر فيه عوامل متعددة، ويمكن صياغة ذلك فـي المعادلة الآتية [331]:

- سلوك إنـساني = (سـمات فرديـة + موقـف اجتماعي).

فالسمات الفرديـة (نفـسية وجـسمية)، بينمـا الموقـف الاجتماعي (بناء اجتماعي وثقافة). وهكذا تساعدنا المعادلـة في مراعاة المستويات الأربعة للرعايـة وهـي: المـستوى الجسمي، والمستوى النفسي، ومستوى البنـاء الاجتمـاعي، والمستوى الثقافي. ومن الواضح اختلاف الأولوية في هـذه

([331]) انظر: Caroline Cox, op. cit., p: (4).

المستويات حسب الحاجة: فإذا كان المريض يعاني من ألم جسمي كالمغص الكلوي renal colic فإنه في حاجة ماسة إلى إسعافه – أولاً – من المغص الذي يشغل كل تفكيره، أما إذا كان ينتظر الجراحة أو الفحص الطبي فعادة ما يساوره الخوف والقلق والاضطراب، ومن الطبيعي إذن أن تُعطى الأولوية هنا لمواجهة التوترات النفسية. وتوضح لنا البحوث الصحية أن بمقدور الممرضات التحاور مع المرضى حول اضطراباتهم ومتاعبهم، وتقديم المعلومات التي تهدئ من روعهم وتؤمنهم من الخوف [332]. ومع ذلك فإن هذه الأولويات الجسمية والنفسية لا تنشأ في فراغ، بل في سياق يساعدنا على فهم الإطار الاجتماعي للمرضى والمرض، وهي مهمة تنتظر من المتخصصين في علم الاجتماع والأنثروبولوجيا الإسهام الأكبر فيها.

وعلى هذا الأساس فقد امتد الاهتمام السوسيولوجي والأنثروبولوجي إلى دراسة المؤسسات العلاجية كالمستشفيات والوحدات الصحية وغيرها، بهدف وصف

([332]) انظر: Caroline Cox, op. cit., p. (5).

إلى الفهرس

التنظيم، والحكم على مدى كفاءته، أو بهدف تحليـل البنـاء الاجتماعي، والتعرف على العلاقات الاجتماعية السائدة[333]؛ إذ من المعروف أن نوعية التنظيم والعلاقات الـسائدة بـين الفريق المعالج والمريض تؤثر تأثيرا كبيرا في عملية العلاج نفسها. كذلك فقد راح علماء النفس والاجتماع يركزون على الاهتمام بتدريب الأطباء، وممارساتهم، ومكانة الممرضـة، وبنية المستشفيات، كمـا اهـتم الأنثروبولوجيـون بدراسـة المستشفى والتمريض، تمهيدا لفهم العملية العلاجية[334]. أما علماء السلوكيات behaviorists فقد ركزوا في دراسـاتهم على ثلاثة موضوعات رئيسية هي: المستـشفيات والأطبـاء والممرضات. ويزداد هذا الاهتمام بازدياد حجـم المجتمـع وتعقده، وانعكاس ذلك على المؤسسات الطبية، ففي العقـود القليلة الماضية حدثت تغيرات جذرية في بنية العمـل بفعـل التطورات العلمية والتكنولوجية، كما تزايدت أعداد الـسكان،

([333]) د. نبيل صبحي حنا، أنثروبولوجي في العنبر، مرجـع سـالف الذكر، ص 255.

([334]) انظـر: George Foster, Medival Anthropology, op. cit., p, (164).

إلى الفهرس

وساهم ظهور التجمعات الحضرية الكثيفة في تغيير مدى الطلب على الخدمات الصحية ونوعيته [335]، وأصبح على المؤسسات الطبية أن تستجيب لتلك الحاجات المتغيرة في المجتمع الحديث، وتشكل بالتالي شبكة من التنظيمات الطبية المتكاملة.

أضف إلى ذلك أن معظم الدراسات التي أجريت على المستشفيات كانت تعتبر المستشفى مجرد بناء فيزيقي يعالج المرضى بداخله، ومن الطبيعي أن تؤثر هذه النظرة على طبيعة تناول الموضوع والمحاور الرئيسية فيه. ولكن يحق لنا هنا أن نتساءل: لماذا لا ندرس المستشفى ونفهمها كنسق اجتماعي وثقافي؟ إن محاولة جدلية من هذا النوع خليقة بأن "تفتح الباب على مصراعيه أمام العديد من الأفكار الجديدة عن المرضى والقوى العاملة الطبية والعلاقات التفاعلية بينهما في تعاملهما معا وفي شكل مباشر" [336]، ولا شك في

([335]) Dorthy Smith, The Role of Sociology Medicine in Jeannette Folta and Edith Dech, op, cit., p. 53.

([336]) Madeleine Leininger, Nursing and Anthropopology: Two Worlds to Blend, John wiley & Sons INC., New York, 1970, p. (145).

أن الممرضة التي اكتسبت هذا المدخل الجديد لفهم المريض والصحيح على السواء تستطيع أن تعدل أسلوبها في التعامل مع المريض كفرد، ومع مواقف المرضى كجماعة يعـالجون بالمستشفى. ولعل النظرة إلى المستشفى كنـسق اجتمـاعي وثقافي تدفع القوى العاملة الطبية إلـى الاهتمـام بالعوامـل الأخرى المؤثرة في آلام المـريض، ومرضـه، والـشفاء، والاتجاه العام نحو الآخرين.

ومن ناحية أخرى فإن المستشفى جـزء مـن المجتمـع الأصغر (القرية) أو الأكبر (المدينة) ويتعامل معهـا أغلـب الناس مباشرة كمرضى أو كزائـرين يعـودون مرضـاهم، ويمكن الحكم على هذا التعامل إذا علمنا أن 10% من الناس يحتكون بالمستشفى مباشرة كمرضى فـي كـل عـام [337]، ولا يعني هذا أن كل فرد يذهب إليها مرة كل عشر سـنوات بل إن الكثيرين يذهبون إليها أكثر من مرة، بينما لا يـذهب البعض على الإطلاق. وترجع دلالة كلمة "المستشفى" – لكل فرد في المجتمع – إلى نوع التجربة التي خاضها هو أو أحد

([337]) Walter Boeh and Jean K. Boek, Society and Health, G.P Putnam,s Sons, New York, W. D., p. (202).

إلى الفهرس

معارفه فيها: فقد تـرتبط التجربـة بإنقـاذ حيـاة عزيـز، أو المعاونة في شفائه، أو تكون مسقط رأسه أو الملجأ الأخير له، كما قد ترتبط في أذهان آخرين بإحدى الصفات كالنظافة أو العناية أو سوء الإدارة أو الزحام أو المعاملة السيئة.. إلخ.

ولا تنحصر علاقة أبناء المجتمع بالمستـشفى كمرضـى فحسب، بل ربما كان أحدهم عضوا مشاركًا فيه من خـلال اشتغاله بمستشفى القرية أو المدينة. ومـن ناحيـة أخـرى فالمستشفى "مصدر" للخدمات التمريضية والعلاجية الأخرى، وهي في ذات الوقت "مستهلك" للسلع وتخضع بالتالي لتـأثير عوامل العرض والطلب، بالإضافة إلى أنها مركز للرعايـة الطبية الحديثة، ومصدر الاسـتعدادات والخبـرات الطبيـة القصوى التي تهيئ للمريض الرعاية السليمة وتعجل بشفائه.

وغني عن الذكر أن الخدمات الصحية الرسمية حاليا إنما يقدمها فريق طبي، يضم الأطباء والممرضـات والـصيادلة وأخصائيي الأشعة والتحاليل الطبية. وفـي العـالم الغربـي المعاصر توجد معدلات عاليـة مـن المرضـى يـدخلون المستشفيات ليجدوا الرعاية والإشراف الطبي علـى أيـدي

إلى الفهرس

فريق متكامل [338]، على العكس من المجتمعـات التقليديـة؛ حيث تفتقر الخدمات الصحية – غالبا – إلى الفريق الطبـي المتكامل، بل ينفرد المطبب الشعبي – وحـده – بتقـديمها، أو حتى الطبيب الرسمي المعالج، دونما مؤازرة باقي أعضاء الفريق له. وفي بعض الأحيـان فـإن المـريض لا يـدخل المستشفى إلا في الحالات الحرجة للغاية [339] والتي يعجـز الممارس الشعبي عن علاجها، أو الحالات التـي لا يجـرؤ على التصدي لها، كما في حالات جراحة أنواع معينة مـن الخراريج بالصدر والشرج [340]؛ حيث يصبح إقدام المريض على معالجتها – شعبيا – ضربا من المخاطرة غير مأمونـة العواقب.

***

---

(338) George Foster, Medical Anthropology, op. cit., p. (163).

(339) Una Maclean, Magical Medicine, op. cit., pp. (141 – 143).

(340) Nawal El Messeri, op. cit.: p: (32).

أولاً: لماذا ندرس المستشفى كنسق اجتمـاعي وثقافي:

ظلت الصورة العامة للمستشفى – لمدى زمني طويـل – تنحصر في كونها بناء "فيزيقيا " يدخله المرضى للاستشفاء، كما تركز اهتمام القوى العاملة الطبية – لزمن بعيد أيـضا، في الممارسات الطبية المباشرة فقط من فحـوص وتحاليـل وأدوية وعلاج [341] دون أن يوجهوا بعض اهتمـامهم إلـى البناء الاجتماعي للمستشفى، أو الثقافة الخاصة بها، أو حتـى العوامل الاجتماعية والثقافية التي تكمـن خلـف المـرض، وتحول في بعض الأحيـان دون البـرء منـه. وإذا كانـت المستشفى هي مركز الرعاية الطبية الحديثة – تلك الرعايـة الطبية التي تدين في نموها وازدهارها لانتشار المستـشفيات وتوفيرها لفرص علاج معظم الناس على اختلاف انتماءاتهم الاجتماعية [342] – فإن المستشفى في الوقت ذاتـه مـصدر للخدمات التمريـضية وغيرهـا مـن الخـدمات العلاجيـة

([341]) Madeleine Leininger, op. cit., p. (145).

([342]) W. Boek and J. Boek, op. cit., p. (203).

إلى الفهرس

المتخصصة. ولهذا فإن تعامل الممرضة مع المريض محكوم بإطار دورها الطبي العملي فقط، ودونما مراعـاة لثقافتـه، أو لخلفيته الاجتماعية أو التعليمية أو حتى لصعوبة موقـف الصدمة الثقافية التي يعايشها إبان دخوله المستشفى حـسبما نوضح لاحقًا.

والجدير بالذكر أن علاج المريض بالمستشفى لا يتم على يدي الطبيب بمفرده، وإنما يقوم به فريـق متكامـل يرأسـه الطبيب؛ حيث يصدر الأوامر، ويتخـذ القـرارات الأوليـة ويوجه الأنـشطة المختلفـة للمـساعدة المتخصـصة فـي العلاج[343]، ومن بين هذا الفريق الممرضة التـي تـضطلع بالدور الأكثر أهمية. فهي الوحيدة التي يراها المريض كـل يوم، بل وعدة مرات يوميا، ويطلب منها ما يريحه ويسعفه. ويأتي الأطباء بعد الممرضات مـن حيـث القيـام بالـدور العلاجي الأكثر أهمية؛ حيث نجد أكثرهم عادة ينفقون جـل أعمارهم داخل المستشفيات يتابعون المرضى.

وإذا كانت المستشفى – بطبيعة الحال – معنيـة بعـلاج الأمراض العضوية والنفـسية والعـصبية، فـإن الأطبـاء

([343]) George Foster, op. cit., p. 164.

إلى الفهرس

يجتهدون في تقديم الخدمة الصحية غالبـا، دون أن يلمـسوا تقدما في صحة المريض، فتزداد حيرتهم، لا سيما وقد سادت وجهة النظر الطبية التي تعزو كل الأمراض إلـى الأسـباب الفسيولوجية والبيولوجية [(344)]. ولم يكن أمامهم إلا التـسليم بقصور أساليبهم العلاجية من ناحية ما، أو بوجـود أسـباب أخرى وراء المرض. ونجحت بحوث الاجتماع الطبي فـي تفسير هذه الظاهرة، حينما أكدت على أن المـرض ظـاهرة اجتماعية من صنع المجتمع، وأن الخلفية الثقافية تقف وراءه هي الأخرى بنفس القدر من الأهمية. كـذلك أثـارت هـذه البحوث مشكلة معاملة الطبيب – وأعضاء النسق الطبـي – للمريض ككيان بيولوجي مادي فقـط دون مراعـاة لثقافتـه ولا لكيانه الاجتماعي، ولا للجوانب النفسية للمرض.

يتضح لنا إذن مدى أهمية إسهامات الاجتماع الطبي فـي دراسة المستشفى كنسق اجتماعي وثقافي، وبلـورة عوامـل المرض والأصول الاجتماعية والثقافية الكامنة خلفه، والبناء الاجتماعي للمستشفى ونمط العلاقات المهنية السائدة، وأثـره على تحسن المريض وفهم أسـباب المـرض. وتـدل هـذه

([344]) Talcott Parsons, op. cit., p. 431.

إلى الفهرس

الإسهامات أيضا على أن المريض والطبيب يمثلان طبقـات مختلفة، وبالتالي رؤى متباينة لأسباب المرض. والخلاصـة أنها تعتبر المنهج البيوفيزيقي (الطبيعي الحيوي) المحض في تعليل المرض، منهجا قاصرا لا يراعي الطبيعة الاجتماعيـة والثقافية الفعالة في أحداثه وانتشاره وتفاقمه، أو في الوقايـة منه وعلاجه. فمعظم أمراض السل والحمـى الروماتيزميـة والكساح والأنيميا تحدث بين أفراد الطبقات الـدنيا وخـلال جميع مراحل العمر، كما تحدث أمـراض الـسكر والقلـب وارتفاع الضغط بين الطبقات العليا. وهي أمراض تنشأ فـي سياق يساعدنا على فهم الإطار الاجتماعي للمرض.

ولعل اعتبار المستشفى نسقًا اجتماعيا وثقافيا يـسهم فـي حث أعضاء النسق الطبي علـى التركيـز علـى العوامـل الأخرى المؤثرة في آلام المريض ومرضه، وفـي الـشفاء والاتجاه العام نحو الآخرين. وبالتالي يساعد التناول النـسقي في فهم المرضى الذين يدخلون المستشفى ومساعدتهم [345]. ويقدم هذا الفهم مداخل جديدة لرعايـة المرضـى، وأفكـارا جديدة عن دور الأطباء والممرضات والفنيين والعمال فـي

([345]) Madeline Leininger, op. cit., pp. 46 – 147.

إلى الفهرس

تدعيم النسق السلوكي بالمستـشفى أو تعديلـه لتطـوير أداء الخدمة الصحية.

والواقع أن هذا الإطار التصوري وجه دراستنا للمؤسسات الصحية – وحدات ريفيـة ومستـشفيات مركزيـة وعامـة وتخصصية – في محافظة الجيزة، بحيث ركزنا على ملامح النسق الاجتماعي للمؤسسة للوقوف على كيفية تأثيره علـى سلوك المرضى، ومدى الاستفادة من الخدمات الصحية التي تقدمها، وكذلك التعرف على تأثير هذه الملامح البنائية علـى أعضاء النسق الطبي من حيث أنماط التفاعل بينهم، وأساليب الاعتماد المتبادل والعلاقات المتداخلة بينهم، وانعكاس ذلـك كله على طريقة أدائهم للخدمة. وبالتالي نركز على طبيعـة التفاعل بين الأطباء والممرضات والفنيين والعمال، وعلـى كيفية إكمال الممرضة لدور الطبيب في العلاج، وبالمثل دور هؤلاء الفنيين في مؤازرة الطبيب في التـشخيص والعـلاج. وكذلك تأثير العلاقات الودية بين أعضاء النسق الطبي وبين المرضى في كفاءة الأداء المهني للخدمة وتحقيق الشفاء، ثـم نوضح علاقة هذا النسق المفتوح بالمجتمع المحلي والعـام، من حيث الاستفادة من المساعدات التـي تقـدمها الجهـات

الأخرى في الخدمة كجمعيات أصدقاء المرضى والوحـدات الاجتماعية ومؤسسات التأهيل الاجتماعي ورعاية المعوقين.. إلخ، وأثر ذلك في تحسين الخدمة الصحية.

وفي نفس الوقت نراعي طبيعة النسق الثقافي للمؤسـسة لنقف على ما يحكمه من قيم ومعايير وتصورات ومعتقـدات ورموز تؤثر على السلوك المهني بين أعضاء النسق الطبي، وبينهم وبين الجمهور المستفيد. كأن نستعرض مثلاً دور القيم والمعايير، التي يتبناها الأطباء بمستشفى حكومي، في توجيه السلوك المهني وتحديد طبيعة أداء الخدمة؛ إذ يترتب عليهـا أداء كفء الخدمة المجانية، أو أداء شكلي لها. كذلك قد تثبط قيم كبار الأطباء من همم الأطباء الشبان، أو تستحثهم علـى تجويد الخدمة للفقراء.

ثانيـا: أبعـاد دراسـة النـسق الاجتمـاعي للمستشفى:

يمكن تحديد ثلاثـة أبعـاد رئيـسية لدراسـة الأنـساق الاجتماعية والثقافية، وتحليلها وفهمها. وعلـى الـرغم مـن التداخل الواضح بين هذه الأبعاد، إلا أنها ستستخدم منفـصلة

لأغراض تحليل النسق الاجتمـاعي والثقـافي للمستـشفى، وتتمثل فيما يلي [346]:

1- النسق المعياري الفرعي Normative Subsystem.

2- النسق الفرعي للممارسة Practice Subsystem.

3- النـسق الفرعـي للعلاقـات الشخـصية المتداخلـة Interpersonal Subsystem.

1- **البعد الأول (النسق المعياري الفرعي):** ويـشير إلـى معايير النسق الضمنية والصريحة التي تحكـم سـلوك أعضائه. وعند دراسة هذا النسق، نهتم بمـا يجـب أن يكون عليه سلوك الفريق الطبي بالمستشفى من ناحيـة، وروادها من المرضى والمترددين من ناحية أخـرى، وأساليب الفكر أو السلوك التي يتوقعونها. وبالتالي فإنه نسق يحدد بشكل ضمني أو صريح ما هو مقبول مـن السلوك (ينبغي إتيانه)، وما هو مرذول منه (ما لا يجب فعله). وعلى سبيل المثال، فإن المتوقـع مـن طبيـب الوحدة الريفية في مصر أن يتواضع ويحسن معاملـة

([346]) Madeleine Leininger, op. cit., pp. 149 – 150.

المرضى فيفحص المريض جيدا ويـستخدم الأجهـزة المساعدة كالسماعة وجهاز الضغط، ويحوله إلى معمل الوحدة لكي يحلل البول والبراز، حتى ينجح التشخيص، ثم يقرر له الدواء المناسب ويصرفه لـه، وهـذا هـو السلوك المقبول. أما إذا خالف الطبيـب ذلـك، فنهـر مريضه وتولى عنه، ولم يصرف له الدواء الملائم، فإن ذلك هو السلوك المرذول. ويصدق ذلك على ممرضـة الوحدة في حسن تقديمها للخدمـة الـصحية للحوامـل والواضعات، وانتظامها في نوبتجيتها (السلوك المقبول) أو إهمالها وتقصيرها في عملها (الـسلوك المـرذول). وكذلك الحال عند أطباء وممرضات وفنيي المستشفيات المركزية والعامة والتخصصية. فقيام الواحد منهم بعمله كما يجب يعتبر سلوكًا مقبولاً، أما تقـصيره وإهمالـه فيعتبر سلوكًا مرزولاً. والعمال هم الآخرون إذا قـاموا بالنظافة والخدمة حسب المتوقع مـنهم كـان سـلوكهم مقبولاً، على حين يعد اشتراط الحصول على المقابـل من المرضى سلوكًا مرزولاً. وبالتـالي يهـتم النـسق المعياري بقواعد أو أساليب ما ينبغي أن يكـون عليـه

إلى الفهرس

السلوك بين أعضاء النسق الطبي في المستشفى، وفي هذه الحالة يمكن تحديد كل من القواعد الضمنية والصريحة للسلوك المعياري.

2- **البعد الثاني (النسق الفرعي للممارسة):** وهو يشير إلى الأداء الفعلي للفريق الطبي أو لجماعة المرضى بمستشفى معين، ويعني ذلك ملاحظة السلوك الظاهري لهذا الفريق من حيث مهام أعضائه وأنشطتهم ووظائفهم وأدوارهم في سياق معين؛ أي التحقق الفعلي مما يفعلون ومما يذرون، وذلك بالنسبة للأطباء والممرضات، والفنيين والعمال. وعلى سبيل المثال يبين نسق الممارسة ما إذا كان الطبيب يهتم بالمرضى وينقضي الحقائق حول أسباب المرض وتشخيصه وعلاجه، وما إذا كان فنيي المعمل يحلل العينات بالفعل وبدقة أم يكتفي بالنظر المجرد واختلاق تقرير طبي. وكذلك هل فني الأشعة يراعي القواعد الطبية والفنية في عمله أم لا يراعيها؟ وهل الممرضة هي الأخرى تتحدث مع المرضى عن مشاكلهم ومشاغلهم، وهل تُلبي حاجاتهم العلاجية بسرعة وتشرف عليها بدقة أم لا؟

إلى الفهرس

وهكذا تُمثل الممارسة بوتقة تنصهر فيها جميع جهـود أعضاء الفريق الطبي في النسق الاجتماعي والثقـافي للمستشفى، وبصورة قابلة للملاحظة.

3- **البعد الثالث:** ويتمثل في إمكانية النظـر إلـى النـسق الاجتماعي والثقافي للمستشفى باعتباره نـسقًا فرعيـا للعلاقات الشخصية المتداخلة. ومن الواضح أن سـلوك أعضاء النسق الطبي يكشف عن طبيعة هذه العلاقـات وتفاعلاتهـا فـي الواقـع، وتأثيرهـا علـى الأفـراد والجماعات. وتؤثر هذه العلاقات مـرة أخـرى علـى الأنساق الفرعية المعيارية وعلـى أنـساق الممارسـة وبالتالي فهي تحدد فعالية المستشفى في أداء وظائفهـا الأساسية. والدليل على ذلك أن جو العلاقات الودية بين الطبيب المعالج وطبيب المعمل يساعد على اضـطلاع المعمل بكافة التحاليل التي يحولهـا الطبيـب المعـالج بالمستشفى العام مثلاً ودونما تبرم أو تأخير. على حين لو كانت هذه العلاقات متوترة، فلن تجرى كل التحاليل المطلوبة وستتأخر عن موعدها. ونفـس الأمـر بـين الطبيب الجراح وطبيب التخدير فإذا كانـت العلاقـات

إلى الفهرس

ودية بينهما سارع الأخير بتلبية طلب الأول في أي وقت لإجراء عملية جراحية، على حين لو توترت أو ساءت هذه العلاقات تعلل تأخره، وطالب بمواعيد أخرى لانشغاله. وفي النهاية تنعكس كل هذه العلاقات على طبيعة أداء الخدمة الصحية سلبا وإيجابا.

ومن اللافت للنظر أن هناك بعض الجماعات الأخرى تمارس تأثيرات سياسية واجتماعية قوية على النسق الكلي للمستشفى، فإذا دعمت هذه الجماعات علاقاتها الشخصية استطاعت أن تمتلك لنفسها زمام الأمور، وأن تتدخل في توجيه المستشفى كله لصالحها. كما قد تتعاظم فجأة قوة جماعة فرعية أخرى فتبسط نفوذها على النسق وتديره. ومن هنا نجد قادة غير رسميين في المستشفى لا يشغلون أدوارا شرعية ولا يملكون سلطة رسمية، ومع ذلك فإنهم يحكمونها ويحركون قائدها المدير الرسمي كيفما يحلو لهم. وتتضح ملامح هذا النمط المسيطر في الوحدات الصحية في الريف؛ حيث يسيطر العمال على الطبيب ويسيرونه لصالحهم غالبا – على الرغم من المنطق الرسمي للقيادة – ويشاركهم في ذلك أحيانًا كاتب الوحدة وأعضاء المجلس الشعبي المحلي

للقرية، والمجلس المحلي والعمدة والوجهاء. ويصدق ذلك أيضا على المستشفيات العامة والتخصصية بالمدن.

ومن ناحية أخرى فإن الأنساق الفرعية للعلاقات الشخصية المتداخلة في المؤسسات الصحية تتفاعل معا وتعمل مع الجماعات الفرعية المختلفة صراحة أو ضمنًا، سعيا إلى تحقيق القوة وإحراز المكانة والفوز بالمكافآت والإثباتات في النسق [(347)]. ويتضح ذلك في الريف بين طبيب الوحدة وبين صيدلي مخزن أدوية المركز؛ حيث يطرد حظ الطبيب – وفرة وقلة – من الأدوية مع درجة حرارة العلاقة الشخصية بينه وبين الصيدلي [(348)]. وينطبق نفس الشيء على العلاقة بين الطبيب ومدير الإدارة الصحية في الحصول على ندب بالمستشفى المركزي لاجتياز شرط الدراسات العليا، كما ينطبق على علاقة الطبيب والفنيين والعمال بالوحدة الصحية، فإذا ساءت العلاقات بينهم تربصت كل جماعة بالأخرى الدوائر، وعلقتها عن أداء دورها. بينما لو حسنت العلاقات بينهم لآزرت كل طائفة منهم الأخرى في

([347]) Madeleine Leininger, op. cit., p. 151.

([348]) Nawal El Messeri, op. cit., p. 10.

إلى الفهرس

الأداء الوظيفي للوحدة ككل. وهكذا يمكن لطبيعـة الأنـساق الفرعية للعلاقات الشخصية المتداخلة ونوعها أن تدعم النسق الاجتماعي والثقافي للمستشفى وتقويه أو تهدمه.

والواقع أن القوى العاملة الطبية في المؤسسات الـصحية الريفية والحضرية معا لا تزال في حاجة ماسة إلى الـوعي بالنسق الاجتماعي والثقافي للمؤسسة ككل، والإلمام بالنـسق الفرعي للعلاقات الشخصية، والتعرف على كيفيـة الحفـاظ على الأنساق الفرعية البناءة تلك الحقـائق الـسوسيولوجية الكفيلة برفع الكفاءة المهنية للأطباء وسائر الفريـق الطبـي عموما. لقد تحتم إذن على علماء الاجتماع والأنثروبولوجيـا الاضطلاع بمسئولياتهم في تدريب الفريق الطبي وتوضـيح الخريطة الاجتماعيـة لـلأدوار والوظـائف وديناميتهـا، والقيادات والعلاقات الرسمية وغير الرسمية.

***

ثالثًا: عناصر الأنساق الاجتماعيـة والثقافيـة للمستشفى:

تتمثل عناصر سلوك النسق الاجتماعي والثقافي للمستشفى في: القوة Power والمكانـة الاجتماعيـة Social Status والهيبـة Prestige والاضـطلاع بالـدور Role Taking والتخلي عـن الـدور role – relinquishing والاتـصال Communication. ويمكن تفصيل هذه العناصر فيما يلي:

1- **القوة**: وهي وسيلة من وسائل التأثير في النـاس فـي اتجاهات معينة، وهي متغير هام في أي نسق. ويتمتـع بها بعض الأفراد أكثر من غيرهم، وتستخدم القوة فـي النسق الاجتماعي والثقافي لـضبط سـلوك أعـضائه وتحقيق الأهداف المنشودة والقيام بالوظـائف المحـددة لهم. وفي المؤسسات الصحية عموما في مصر تتمثـل القوة في شخـصية الأطبـاء سـواء كـانوا مـديري مستشفيات أو رؤساء وحدات صحية ريفية، أو رؤساء أقسام بالمستشفيات المركزية والعامة للاضطلاع الكفء بأدوارهم، ومحاسبة المقصر منهم، ومكافـأة المجتهـد

ومراقبة الأداء المهني لكل أعضاء الفريق الطبي، فـإن المؤسسة تنجح في أداء دورها المهني وتحقق أهدافها. وإذا جنحت القوة عن هذه الأهداف، اختل السلوك داخل النسق وتاهت المعايير وعمت الفوضى وينعكس ذلـك على المستشفى أو الوحدة الـصحية فتفـشل فـي أداء وظيفتها.

2- **المكانة الاجتماعية والهيبة:** وهما عنصران يبـرزان بوضوح في أنساق المؤسسات الصحية. وتتجسد المكانة والهيبة في الأوضاع التي يشغلها أفراد معينون وإدراك باقي أعضاء النسق لهؤلاء الأفراد. والواقع أن الأطباء هم أعلى أعضاء الفريق الطبي مكانة، وأسماهم هيبـة. ولذلك فهم أقوى تأثيرا في داخـل المستـشفى وأكثـر احتراما من غيرهم، وبالتالي أكثر تـأثيرا علـى أداء الآخرين في النسق الاجتماعي والثقافي. ومع ذلك فإننا نجد ما يخالف ذلك في الوحدات الريفية والبدوية؛ حيث يتوافر للطبيب ارتفاع المكانة والهيبة في داخل الوحدة، ولكنه يعجز كثيرا عن السيطرة على أعضائها وخاصة

العمال، وذلك لتداخل عوامل ثقافية خارجية ومـصالح اقتصادية فردية وغيرها.

3- **القيام بالدور والتخلي عنه**: وهما بعدان أساسيان فـي المؤسسة الصحية؛ حيث نجد الأطبـاء والممرضـات والفنيين والعمال يدركون تماما دواعي القيام بالـدور، ودوافع التخلي عنه في حالات أخرى. ويرجع هذا المد والجزر إلى مدى ما تحققه الأدوار للقائمين بهـا مـن إشباع. فهناك دور الطبيب مثلاً الذي يوفر لـه الأمـن والمكانة المرموقة، علـى حـين نجـد دور العامـل أو الشغالة (التمورجية) لا يحقق أمنًا ولا مكانة مرموقة لصاحبه. ومن ناحية أخرى فقد يحقق الـدور إشـباعا لصاحبه في فترة – كطبيب الامتياز مثلاً – ثم ينخفض هذا الإشباع بمرور الوقت نتيجة الملـل وقلـة العائـد الاقتصادي للدور رسميا، والخلل بين المكانة المرموقة وبين عوامل الحفاظ عليها (المال). وهكذا يبدأ الطبيب يتراخى في أدائه المهني لدوره الطبي، ويزداد الأمـر خطورة حينما يعمل في وحدة ريفية مدة طويلة بلا عائد نقدي أو عيني أو التحاق بالنيابات (الدراسات العليـا).

وهنا لا بد من فهم ديناميات تلك العملية والتعرف على الجوانب الاستاتيكية والدينامية للأدوار التي يقوم بهـا أعضاء الفريق الطبي لتحقيق نتائج أفضل، وهـذا مـا حاولنا التحقق منه في دراستنا الميدانية.

4- **أنماط الاتصال**: يتضمن أي نـسق اجتمـاعي وثقـافي أنماطًا للاتصال مثلما يتضمن أنماطًا للتفاعـل. ولكـي يقوم الفريق الطبي بالأداء المهنـي الكـفء للخدمـة الصحية في المستشفى، فـلا بـد مـن إدراك أنمـاط الاتصال السائدة، سواء كانت رسـمية معروفـة ذات جزاءات أو غير رسمية بسيطة وتلقائية. وهناك نمـط اتصال أفقي يتضمن إرسال الرسائل واسـتقبالها علـى حين يوجد نمط آخر رأسي هرمي يمتد إلى أعلى وإلى أسفل. والملاحظ أن الاتصال الرسمي وغير الرسـمي، والرأسي والأفقي موجود فـي المؤسـسات الـصحية المصرية بالحـضر والريـف علـى الـسواء. إلا أن الاتصال الرأسي غير كفء في معظم الوحدات الصحية البدوية والريفية البعيدة عن الطرق المرصوفة؛ حيـث لا يوجد اتصال بالإدارات إلا من خلال قيام أحد العمال

إلى الفهرس

بتوصيل رسالة والانتظار حتى يأخذ الرد عليها معـه. هذا في الوقت الذي تزود فيه الوحدات الواقعـة علـى الطرق الرئيسية بالجيزة مثلاً بأجهزة تليفون ولاسـلكي في نفس الوقت (مركز العياط). أما بالنسبة للمستشفيات العامة والتخصصية بمدينة الجيزة فإن الاتصال الرأسي فيها يحول دون وصول الـشكاوى والتظلمـات التـي تقدمها الممرضات طلبا للنقل مثلاً أو لصرف البـدلات (السهر أو النوبتجية)، نظرا لأنها ترفع إلـى رئيـسه التمريض التي ترفض رفعها لأعلـى حرصـا علـى مكانتها ودفعا لأي مواجهة مع إدارة المستشفى.

***

رابعا: النسق الاجتماعي للمستشفى:

يعني النسق: " كلا يتكون من مجموعـة مـن الأجـزاء أو الموضوعات أو الأشخاص الذين يجتمعون في شكل منظم (أو علاقات)، ويسودهم الاعتماد المتبادل والتساند الـوظيفي

كوحدة أو كل منظم" [349]. ولا يقتصر المعنى النسقي علـى المستشفى وحدها، وإنما ينطبق التعريف على أنواع عديـدة من الأنساق، فهناك نسق التليفون، والنسق الشمـسي Solar system ونسق الاتصال، والنسق الصحي.. إلخ. ومع ذلـك فلابد من توافر المحكات أو البنود التاليـة لتـصح الـصفة النسقية:

1- لا بـد أن يكـون النـسق تجمعـا لأشـخاص (أو موضوعات)

2- ضرورة ترابط الأشخاص أو الموضوعات واتحادهم بشكل ما أو بنظام أو علاقات.

3- لا بد أن يسود بـين الأشـخاص أو الموضـوعات اعتماد متبادل.

4- الاتجاه نحو تحقيق الوظيفة كوحدة أو كل منظم.

ويشير النسق الاجتماعي للمستشفى إلى مفهومين رئيسيين هما سلوك الاعتماد المتبادل والعلاقات المتداخلـة. وعلـى

---

(349) انظـر: Talcott Parsons, Tehe Social System , op: cit., p5.24.

الرغم من التباين الواضح بين الأشخاص القـائمين بالعمـل والتفاعل فيما بينهم فيها، إلا أن لديهم جميعا بعض الأهـداف العامة – الـضمنية أو الـصريحة – المتفـق عليهـا فيمـا بينهم [350]. فالمعروف أن القوى العاملة الطبية في المستشفى تعمل معا على الأخذ بيد المرضـى علـى طريـق الـشفاء واستعادة الصحة، وتقديم الرعاية الصحية لبعض المرضـى من خلال العيادة الخارجية، والقيام بدور واضح في الوقايـة من الأوبئة والأمراض الخطيرة، ويربط بين هؤلاء العاملين هدف واحد يسعون لتحقيقه وهو: الحفاظ على صحة المجتمع بالوقاية والعلاج. ويصدق نفس الأمر على سائر المؤسسات الصحية الأخرى، مثل الهيئات الصحية ومدارس التمـريض ومراكز رعاية الطفولة والأمومة، ففي كل هذه المؤسـسات يمكن أن يجتمع العاملون حول الأهداف المنشودة.

ومن ناحية أخرى فإن لكل مؤسـسة أنماطهـا الفريـدة أو أساليبها في التفاعل، وهذا يتوقف بالتأكيد علـى درجـة الاعتماد المتبادل والعلاقات المتداخلة فيما بينها [351] ونظرا

([350]) Madeleine Leininger, op. cit., p. (146).
([351]) Ibid, p. (147).

إلى الفهرس

لهذه الأهمية فقد عكف علماء الاجتماع والأنثروبولوجيا على دراسة الأنساق الاجتماعية للمؤسسات الصحية وتفـسيرها، وتوضيح كيفية تأثير هذه الأنساق على سلوك العاملين فيهـا. وتتركز دراسة سلوكيات النسق الاجتماعي للمستشفى حـول أنماط التفاعل الرسمية وغير الرسمية بـداخلها، وأسـاليب أعضاء النسق ككل في اعتمادهم المتبـادل بعـضهم علـى البعض، وفي تداخل العلاقات فيما بيـنهم، والنظـرة إلـى المستشفى كمجتمع محلي صغير [352]، وإلى البناء والوظائف والأدوار – وكذلك الاهتمام بالتنظيم الرسمي (البيروقراطي)، والتنظيم غير الرسمي [353]، وهذا ما سيتضح فيما يلي مـن الفقرات.

1- التنظيم الرسمي وغير الرسمي للمستشفى:

يمكن دراسة المستشفى كتنظيم رسـمي، بـإبراز أنمـاط التفاعل بين القوى العاملة الطبية مـن أطبـاء وممرضـات وفنيين وعمال، وفقًا للقواعد واللوائح الرسمية، بما فيها مـن

([352]) انظر: George Foster, op. cit., p: (165).

([353]) انظر: Water Boek and jean Boek, op., cit., p. (204).

إلى الفهرس

جزاءات سالبة وموجبة، وأنمـاط محـددة ومعروفـة لهـذا التفاعل[354]، وأنماط التوقعات السائدة، والنمـاذج المرئيـة بصفة عامة من صور التفاعل في النسق.

ومن المعروف أن الخدمة الطبية التي يتلقاهـا المـريض هي النتائج النهائية لأنشطة تنظيمية رسمية ومعقـدة تـشمل تعاملات عديدة من الأشخاص، ويشارك فيها المريض ذاتـه ويتعامل مع الآخرين لتحقيق أهدافه الصحية، بل إن الطبيب الخاص ومريـضه يعتبـران نوعـا خاصـا مـن البنـى التنظيمية[355]. وتعتمد الخدمة الطبية التي يتلقاها المـريض على نوع المستشفى الذي يعالج فيه، وعلى علاقة طبيبه بهذا المستشفى وعلى الصيدلي، وأخـصائيي الأشـعة والعـلاج الطبيعي والتحاليل وغيرهم، وتزداد أهمية الـدور الرسـمي الذي يؤديه الطبيب في التعاون مع الخدمات والتسهيلات التي تقدمها الهيئات الأخرى، ويرتبط مدى كفاءة الخدمـة بمـدى فعالية تكامل الخدمات الطبية الأخرى [356]. لقـد أصـبحت

([354]) انظر: Madeleine Leininger, op. cit. p: (147).

([355]) انظر: Walter Boek and Jean Boek, op. cit. p. (203).

([356]) انظر: J. Folta and E. Deck, op cit., p. (59).

المستشفى واحدة من أكثر المؤسسات والتنظيمات تعقيدا فـي مجتمعنا المعاصر، ولم يعد ممكنًا تحقيق نتائج طبية للرعاية الصحية ما لم يتعاون كل العاملين بها في شكل تسلسل هرمي صارم للمسئولية والسلطة [357].

لقد تطور التنظيم الرسمي للمستشفى ليحقق التكامل فـي الإدارة الدقيقة لعدد كبير من العاملين بها، جمعتهم الظروف لأداء مهمة محددة. وهذا التنظيم عبارة عـن سلـسلة مـن مستويات السلطة، من المبادرة والاستجابة، ومـن الرئاسـة والانقياد [358]. وتتدرج المستويات بعـضها فـوق بعـض فالطبيب مدير المستشفى العام يرأس كـل العـاملين بهـا، ورؤساء الأقسام يرأسون أطباء القسم، وتنقـاد الممرضـات لرئاسة رئيسة التمريض، وهي تتبع بدورها المدير، وهكـذا تتخذ السلطة الشكل الهرمي. ويتيح ذلك إمكانية قيـام كـل أعضاء النسق الطبي بـأدوارهم المختلفـة حـسب اللـوائح والتعليمات وبأقل قدر من الأخطاء.

([357]) انظر: George Foster, op. cit., p. (165).

([358]) انظر: W. boek and J. Boek, op. cit., p. 204.

إلى الفهرس

ويحدد التنظيم الرسمي للمستشفى الأدوار التي يقوم بهـا النسق الطبي بشكل تعاوني منظم تقسم فيه المهام والوظائف التنظيمية إلى أجزاء يضطلع بها أشخاص معينون. فالطبيب يشخص المرض ويصف الدواء ويشرف علـى الإجـراءات العلاجية. والممرضة تعاون الطبيب في إجراءات التشخيص والعلاج، وتحفظ سجلات المرضى وتشرف على النظافـة، واتباع التعليمات الطبية. والفنيون يقومون بإجراء التحاليـل والفحوص والأشعات اللازمة للتشخيص والمتابعة، والعمـال يضطلعون بالنظافة وتنظيم دخول العنبـر والخـروج منـه وتوزيعات الوجبات الغذائية على المرضى. وتتنـاغم هـذه المهام والأدوار معا، وتعتمد المحصلة النهائية على مدى قيام كل بالدور المنوط به.

ومن ناحية أخرى فإن النـسق الـسلوكي الرسـمي فـي المستشفى يعبر عن التنظيم الرسـمي لهـا. ومثـال ذلـك الاجتماعات التي تعقدها الإدارة مع الأطبـاء والممرضـات والفنيين لمناقشة مشكلات الأداء الوظيفي ومعوقاته، وتوزيع المهام الجديدة، وتحديد استراتيجيات جديدة للمستشفى كنظام العلاج الاقتصادي، وكيفية تدبير العمالـة اللازمـة لنظافـة

المستشفى، والنصح والأمر باتباع تعليمات النظافة (حميـات إمبابة مثلاً). كذلك تعقد مؤتمرات طبية ببعض المستـشفيات التخصصية (حميات إمبابة) بانتظام يوم الاثنين الأول من كل شهر يحضرها أساتذة من طب قصر العيني ومعهد تيـودور بلهارس وأطباء من وزارة الـصحة. وتنـاقش فـي هـذه المؤتمرات المصغرة أو اللقاءات العلمية التطورات الجديـدة في البحث الطبي والأمراض الموسمية والإجراءات الحديثـة للوقاية والعلاج [359]. وهكذا تتجدد معرفة أطباء المستشفى، ويكتسبون خبرة بالجديد في مجال تخصصهم.

على أن التنظيم الرسمي للمستـشفى – وإن كـان يحـدد الأطر العامة للأدوار – إلا أنه لا يستطيع وحده إنجاز المهام المنوطة به، أو الاضطلاع بكل الأدوار لكـل عـضو فـي الفريق الطبي. وكذلك فإن التعريف الرسمي للدور لا يحـدد كيفية الأداء لصاحبه تحديدا دقيقًا، ولذلك فكثيرا مـا تـدعو الضرورة إلى الخـروج علـى شـكل التنظـيم الرسـمي،

([359]) راجع تفاصيل ذلك في المصدر التالي:

د. علي المكاوي، الخدمة الصحية في مصر، مرجع سـابق، الفـصل العاشر والمراجع الواردة هناك.

أو مخالفته، وتفتح الباب أمـام الارتجـال فـي أداء الـدور وبخاصة إذا كان ثمة أوجه مختلفة للمهمة تتـصارع فيمـا بينها[360]. وعلى سبيل المثال فـإن علـى الممرضـة فـي المستشفيات العقلية أن توازن بين واجباتها في الحفاظ علـى النظام داخل العنبر، وبين فلسفة العلاج التي تشجع المرضى على التعامل بحرية بعضهم مع بعض. وهكذا لا يمكن لتنظيم ما أن يتمتع بقدر من المرونة إلا إذا سمح لأعـضائه بقـدر مماثل من الارتجال في الأداء يخرجون فيه على التعريـف الرسمي للدور لمواجهة مواقف معينة ومتطلبـات خاصـة، وفضلاً عن ذلك فكثيرا ما تنـشأ بيـنهم علاقـات صـداقة أو عداوة تؤثر على مواقفهم تجاه الأعمال التي يمارسـونها، والأنماط السلوكية التي تحكم تعاملاتهم.

كان من الضروري إذن ظهور التنظـيم غيـر الرسـمي للمستشفى باعتباره يبرز أنماط التفاعل التي تبعد عن القواعد الرسمية والأنماط السببية قليلة الجزاءات ولا تحددها اللوائح الرسمية للإدارة. إنه باختصار نسق سلوكي تلقائي له أهميته

---

(360) انظر: J: Folta and E. Deck, op. cit., p. (60).

الفائقة في الأداء الرسمي ذاته، وفي حل المـشكلات غيـر التقليدية التي تواجه المستشفى [361]؛ مما ليس بمقدور التنظيم الرسمي أن يواجهه بسبب طبيعة عمله التي تحتم التعامل مع المرضى، كذلك فإن المعايير غيـر الرسـمية التـي تحكـم علاقات الصداقة الناشئة بين أعضاء تنظيم ما، لها أهميتهـا في تحديد الكيفية التي يمارس بها الأعضاء أعمـالهم [362]، فإذا اجتمع أعضاء جماعة غير رسمية على مـصلحة فـي نطاق عملهم، فإن جهود الفرد ستلقى تدعيما من الجماعـة، ومكافأة تتمثل في استجابات واهتمامات آخر مـن يعتبـرهم الفرد ذوي أهمية شخصية له.

وقد أوضحت إحدى دراسـات التنظـيم غيـر الرسـمي للمستشفى أن جو العلاقات المهنية السائدة بين القوى العاملة الطبية في إحدى المستشفيات أو العيادات، هو عنصر بـالغ الأهمية في تحديد المستويات العامة للرعاية الطبيـة، فـإذا غاب الود والصداقة على هذه العلاقـات تقـدمت الخدمـة الصحية وارتقت أساليب تقديمها للمرضى، وفي هذه الحالـة

([361]) انظر: W. Boek and J. Boek, op. cit., p. (216).

([362]) انظر: J: Folta and E. Deck, op. cit., p. (60).

إلى الفهرس

فإن النسق السلوكي للتنظيم غير الرسمي يعد أمرا ذا أهميـة بالغة، فهو مصدر رئيس للأفكار الطارئة، وإفراز المعـايير التنظيمية الجديدة، وكذلك الأساليب التي تحقق بها الجماعـة الأهداف الجديدة في المستشفى [363]، والأهم مـن ذلـك أن التنظيم غير الرسمي مصدر رئيسي لتغيير محددات الأنساق السلوكية الرسمية في التنظيم الرسمي.

والواقع أن هناك ثلاثة اتجاهات نظرية حديثة في دراسـة التنظيم وهي الاتجـاه الـوظيفي البنـائي، واتجـاه النـسق الاجتماعي الفني، والاتجاه النفسي والاجتمـاعي [364]. **أمـا الاتجاه الأول** فقد لعب دورا بـارزا فـي توجيـه البحـوث والدراسات الإمبريقية للتنظيم، نظرا لاتساع نطاقه ووضوح مفاهيمه وقدرته على تفسير الأنساق الاجتماعية تفسيرا شاملاً كاملاً. ولعلنا ذكرنا ذلك في بداية هذه الفقرة، ونشير هنا إلى التصور النسقي للتنظيم الذي صاغه بارسونز. وبالتالي فهـو ينظر إلى المستشفى كنسق اجتماعي يتآلف من أنساق فرعية

([363]) انظر: Madeleine Leininger, op. cit., p. (148).

([364]) د. السيد الحسيني، النظرية الاجتماعية ودراسـة التنظـيم، دار المعارف، ط3، القاهرة، 1981، ص ص 72 – 76.

مختلفة كالجماعات والأقسام والإدارات.. إلـخ وفـي نفـس الوقت يعتبر هذا التنظيم نسقًا فرعيا يدخل في إطـار نـسق اجتماعي أكبر وأشمل هو المجتمع. وقد حدد بارسونز أربعة متطلبات وظيفية للنسق لكي يستمر فـي الوجـود، ومنهـا المواءمة وتحقيق الأهداف، وهما يتعلقان بعلاقة المستـشفى مثلاً بالبيئة، ومنها التكامل والكمون ويعبران عن الظـروف الداخلية للمستشفى. وفي ضوء ذلك قدم تصنيفًا للتنظيمـات فهناك تنظيمات اقتصادية تسهم في حل مشكلة المواءمة مـع المجتمع، وأخرى سياسية تحقق الأهداف، وثالثـة تكامليـة ورابعة تسعى إلى تدعيم النمط.

وأما الاتجاه الثاني في دراسة التنظيم فهو اتجـاه النـسق الاجتماعي الفني، الذي شق طريقه ساعيا لدراسـة التنظـيم بوصفه نسقًا اجتماعيا ترتبط فيه التكنولوجيا بعواطف الأفراد وهما يرتبطان بالبيئة. وبالتالي تحـدد التكنولوجيـا والبنـاء الرسمي درجة الإشباع [365]. ويعبر هذا الاتجاه عن الـربط بين ثلاثة أبعاد وهي التكنولوجيا واتخـاذ القـرار والبنـاء

([365]) د. السيد الحسيني، المرجع السابق، ص ص 115 - 116.

التنظيمي. وقد حاول أنصار هذا الاتجاه النظر إلى التنظـيم بوصفه نسقًا مفتوحا يتبادل مع البيئة فـي التـأثير والتـأثر ويتفاعل معها، وبالتالي تتحدد درجة نجاحه بمـدى تحقيـق مهمته الأساسية التي يتعين عليه أداءها إذا مـا أراد البقـاء والاستمرار. وكشف الاتجاه أيضا عن وجود علاقات متبادلة بين الجوانب الرسمية وغير الرسمية فـي التنظـيم، واهـتم بدراسة العلاقات المتبادلة بين الأبعاد التنظيمية والبيئية [366].

ويتمثل **الاتجاه الثالث** في الدراسة النفـسية الاجتماعيـة للتنظيمات؛ حيث شهد هذا الاتجاه نموا ملحوظًا فـي تحليـل التنظيمات، والتأكيد على مراعاة الحاجات والدوافع الشخصية – لأعضاء التنظيم – التي تمارس تأثيرها على السلوك. ومن ثم يمكن تفسير السلوك من خـلال الكـشف عـن الـدوافع والحاجات الكامنة خلفه، وهذا ما يؤدي إلـى صـراع بـين حاجات الفرد وأهداف التنظيم. وقد أسهم هذا الاتجاه في فهم السلوك التنظيمي، والاهتمام بدراسة البنـاء الرسـمي فـي التنظيم وفي ضرورة تعديل هذا البناء لكي يحقـق الإشـباع

([366]) د. السيد الحسيني، نفس المصدر السابق، ص ص 118 – 119.

إلى الفهرس

الضروري للأفراد [367]. فإذا لم يتحقق هذا الإشباع يـصبح التنظيم غير الرسمي مصدرا لإثـارة الـصراع، ورفـض المتطلبات الرسمية للأدوار، وبالتالي تعويق التنظـيم عـن إنجاز مهامه الأساسية. ويتضح ذلك في المستشفى مثلاً حينما يغلب الاهتمام بالمصالح الذاتية على حساب المصلحة الكليـة لها فيتدهور مستوى الخدمة الصحية التي تقدمها.

ولكن النظرة الموضوعية إلى المستشفى كتنظيم اجتماعي تحتم نوعا من العلاقات المرنة بين التنظيم الرسـمي وغيـر الرسمي، ليتعاون كلاهما مع الآخر في سـبيل تطـوير أداء الخدمة وحسن تقديمها للجمهور، حتى تنجح المستشفى فـي مهامها وتستمر في الوجود. وهذا يتطلـب تعميـق قنـوات الاتصال للتغلب على المشكلات الطارئـة قبـل اسـتفحالها. وللتنظيم غير الرسمي مكانة خاصة لدى علماء الاجتمـاع – سواء في دراسة المصنع أو المستشفى.. إلخ – حيث يقدم لهم مفاتيح لفهم تغيرات السلوك المعياري ودينامياتها، كما يلقـي الضوء على الأنماط الجديدة للقيادة والزمالة، ويتعامـل مـع

([367]) د. السيد الحسيني، المرجع السابق، ص ص 128 – 132.

إلى الفهرس

المشكلات الخاصة لأعضائه ويعمل على حلها. وقد يحـدث ذلك في استراحة الأطباء أو الممرضات بالمستشفى بـشكل غير رسمي فيتطرق الحديث إلى مشاكل العامل، وأسـاليب التغلب عليها، فتنتقل هذه الآراء والمقترحـات إلـى الإدارة، وتحظى بالاقتناع والتأييد فتصدر بها قرارات وقواعـد لهـا صفة الإلزام، يتعرض من يخالفهـا للجـزاءات الإداريـة، وتصبح – بمرور الوقت – جزءا من التنظيم الرسمي [368].

2- المستشفى كنسق مفتوح ونسق مغلق:

إن على دارس النسق الاجتماعي للمستشفى أن يأخذ فـي اعتباره طبيعة العلاقات التي تربـك بينـه وبـين المجتمـع المحلي[369]، فالملاحظ أن العاملين بالوحدات الصحية الريفية مثلاً – ما عدا الطبيب غالبا – هم من أبناء نفس المنطقـة، التحقوا بالعمل بها، وغالبا ما ينتمون إلـى أسـر تحتـرف الرعاية الصحية التقليدية، ويرى هؤلاء في التوظـف فـي الوحدة الصحية فرصة ممتازة لتصوير معـرفتهم التقليديـة

([368]) انظر: Madeleine Leininger, op. cit., p. (148).

([369]) انظر: Nawal El Messeri, op. cit., p. (18).

وتنميتها، فضلاً عن الفوائد العديدة التي يجنونها مـن وراء اشتغالهم بالخدمة الصحية الرسمية. أما أولئك الذين التحقـوا بالوحدات الريفية – من غير أبناء حلاقـي الـصحة – فقـد اكتسبوا الخبرات بالممارسة، حتى مارسوا مهنـتهم الجديـدة بشكل مستقل، واكتسبوا بالتالي دورا ومكانة مماثلين لـدور حلاق الصحة التقليدي ومكانته.

ويشير النسق المفتوح open system للمستـشفى إلـى جماعة العاملين بها وفقًا لإطـار رسـمي محـدد، ولكـنهم يستقبلون زملاء جددا في النسق، وينفتحون علـى الأفكـار الجديدة ويتفاعلون معها، ويتقبلون أساليب الـسلوك وأنمـاط الفعل غير المألوفة [370]. وبمعنى آخر فإن القـوى العاملـة الطبية والإدارية بالمستشفى الذين يقومون بالأداء الـوظيفي الرسمي لأدوارهم في نسق مفتوح، إنما ينتهجون في الوقـت ذاته سياسة الباب المفتوح نحو الأفكـار الجديـدة والأنمـاط المختلفة للفعل لتجد طريقها إلى النسق الذي يتفاعـل معهـا بالحوار والقبول والاستجابة.

([370]) انظر: Madeleine Leininger, op. cit., p. (148).

ويسود بين القوى العاملة الطبية في النسق المفتوح التواصي بالاطلاع على الآراء الصادرة عن المجتمع المحلي بالمستشفى، والتعرف على رد فعل الأداء والممارسة الطبية لدى الجمهور، كما يحرص النسق المفتوح على الاستفادة القصوى من جهود القيادات الشعبية والتنفيذية لتعديل السلوك الضار بالصحة، وتدعيم السلوك السوي وقائيا وعلاجيا. وقد حاول النسق الطبي في الريف المصري أن "يستأنس" الممارسين الشعبيين في أداء الخدمات الصحية الرسمية، فنظم لهم في سبيل ذلك دورات تدريبية خاصة للارتقاء بخبراتهم وتنمية معارفهم، يؤهلون بعدها لنشر السلوك الصحي السليم بين أبناء المجتمع. ويمكن القول بأن هذه المحاولة الواعية من جانب النسق الطبي المصري في الريف كانت نوعا من التعايش الإيجابي مع الممارسة الشعبية للطب، ولامتصاص عدائها للنسق الطبي الرسمي أو خشيتها منه [371]. وهكذا تكون المستشفى نسقًا مفتوحا يتفاعل مع المجتمع المحلي.

([371]) انظر التفاصيل في: الخدمة الصحية في مصر، مرجع سابق، الفصل الخامس.

وعلى العكس من ذلك تماما نجد النسق المغلق للمستشفى يضم قوى عاملة طبية، وإدارية، لا يبدون تجاوبا مع الأفكار الجدد [372]. وإذن فإن النسق المغلق يشير إلى جماعة مـن الناس يوصدون أبوابه في وجه كل جديد أو غريـب غيـر مألوف، وتغلب عليه المعايير المفيدة الصارمة التـي تفتقـد المرونة، حتى أن المستشفى ذا النسق المغلق صار في نظـر البعض – مثل فريدسون Freidson – عبارة عن مجتمـع محلي ذي اكتفاء والاستقلال ذاتي autonomy [373]، فـإذا أغاب الاستقلال أو انعدم الاكتفاء الذاتي كان اعتباره مجتمعا محليا في أضيق الحدود.

والخلاصة أن المستشفى نسق اجتماعي يوجد في إطـار مجتمع محلي ريفي أو حضري، يمكن اعتباره نسقًا مفتوحـا إذا ما أثر فيه وتأثر به، واضطلعت القوى العاملة الطبية فيه بعلاج أبناء المجتمع ووقايتهم من الأمراض ونـشر الـوعي الصحي، ومارس الجمهور ذاته تأثيرا ملموسـا علـى الأداء الطبي، وعلى القائمين بتقديم الخـدمات الـصحية. أمـا إذا

---

(372) انظر: Madeleine Leininger, op. cit., p. (148).

(373) انظر: George Foster, op. cit., p. (165).

إلى الفهرس

اضطلع بدوره الطبي الفني فقط بلا تفاعل مع المجتمع تأثيرا تأثرا، كان في هذه الحالة نسقًا مغلقًا. على أن تلـك النظـرة عموما تحليلية توقف حركة الزمن للتعرف على بناء النـسق ووظائفه وديناميات التغير والثبات التي تحكمـه. ولا تـزال الأنساق المفتوحة والمغلقة للمستشفيات في حاجة إلى الدراسة والبحث، لما تنطوي عليه من مغزى بالغ الأهميـة للأطبـاء والممرضات، الذين يمكنهم بسلوكهم المهني وأدائهم الطبـي تدعيم انفتاح النسق أو انغلاقه.

3- المستشفيات أنساق كبرى وأنساق صغرى:

يشير النسق الاجتماعي الأصغر للمستشفيات إلـى عـدد قليل من الأطباء، والممرضـات، والتمورجيـة والإداريـين يشكلون جماعة يسودها الاعتماد المتبادل والتساند الوظيفي. وإذن فإن من الممكـن أن ننظـر إلـى المستـشفى العـام أو الخاص في الريف أو في الحضر باعتباره نسقًا أصـغر micro – System؛ حيث يعد النسق الأصغر قليل الحجـم، يسهل تحديد معالمه وهويته، ويتسنى الوقوف علـى أبعـاد وحدة التفاعل الاجتماعي فيه في يسر ووضوح.

أما المستشفى الأكبر فإنه يمثل نـسقًا أكبـر – macro system شأنه في ذلك شأن الجامعة والمجتمع المحلي للقرية أو الحي الحضري، وفي هذه الحالة يكون حجم المستـشفى المركزي أو الحضري كبيرا، يصعب تحديد معالمه وهويتـه ولا يتيسر الوقوف على أبعاد التفاعل الاجتماعي فيه بدقـة. ذلك أن النسق الأكبر يحوي أنماطًـا مـن العلاقـات أكثـر غموضا وأشد تعقيدا تتخلل الجماعة وتمتد إلى جماعة غيرها داخل النسق نفسه. فلجماعة الأطباء مثلاً مـع الممرضـات علاقات معقدة يصعب فهمها حق الفهم في النـسق الأكبـر لنفس المستشفى، كما تنطوي علاقة الأطبـاء بالتمورجيـات والعمل على درجة من التعقيد نظرا لامتـدادها فـي داخـل المستشفى وخارجه، وما تتضمنه في بعـض الأحيـان مـن مصالح متبادلة وخدمات شخصية عديدة في المسكن والعيادة الخاصة.

ولكن فهم الأنساق الصغرى والكبرى للمستـشفيات لـن يتيسر للأطباء أو الممرضات إلا بعد تأهيل خاص في علمي الاجتماع والأنثروبولوجيا للتعـرف علـى هـذه العلاقـات المعقدة، على أن يتركـوا التـشخيص الاجتمـاعي الـدقيق

للأنساق الاجتماعية والثقافية، وفهـم العلاقـات المتداخلـة والمعقدة – الداخلية والخارجية – للمتخصـصين فـي هـذه العلوم، وإن كنا نلمس اليوم مدى حـرص مـسئولي وزارة الصحة في مصر [374]، والأطباء والممرضات أنفسهم علـى التعرف علـى الأنـساق الاجتماعيـة والثقافيـة الكبـرى والصغرى، للوصول إلى فهم أفـضل للرعايـة الـصحية، والتخطيط الأمثل لتطويرها، وهو حرص يفيد في فهم تـأثير النسق الـسلوكي للمستـشفى – كمؤسـسة – علـى شـفاء المرضى، وعلى قيام القوى العاملة الطبية بأدوارهم، وعلـى اتجاهاتهم نحو تلك الأدوار.

4- بناء المستشفى ووظيفته:

شغلت دراسة البناء الاجتماعي للمستشفى اهتمام علمـاء الاجتماع والأنثروبولوجيا؛ حيث اعتبروا المستشفى تنظيمـا سلطويا بدرجة كبيـرة علـى مـستوى ممارسـات الحيـاة اليومية[375] وبلغ بهم الأمر إلى أن قارنوا بينها وبين الجيش؛

([374]) علي المكاوي، الطب السحري، مرجع سابق، ص (473).

([375]) انظر: George Foster, op. cit., p. (168).

حيث يتحتم – في كليهما – تنفيذ الأوامر بسرعة ودقة وبـلا مناقشة. ذلك أن المستشفى يضطلع بمسئولية خطيرة تتعلـق بالحياة والموت، وكثيرا ما تكون الدقائق المعدودة فيه فاصلاً بين المـوت والحيـاة، فلـيس ثمـة إذن متـسع للتراخـي أو المناقشات، وإلا دفـع المـريض حياتـه ثمنًـا لمناقـشة أو حوار؛ مما يحتم وحدة القرار وصرامته.

وتركز النظرة البنائية للمستشفى على مجموعـة الأدوار التي تقوم بها القوى العاملة الطبيـة والإداريـون والعمـال، وعلى التحديد الرسمي لتلك الأدوار والجزاءات والـضوابط التنظيمية التي تكفل تحقيق التكامل والأداء الوظيفي الـسوي للمستشفى ككل. ويمثل البناء الاجتماعي للمستشفى تركيبـة من هذه الأدوار مجتمعة [376]، كما يحتوي علـى خطـوط واضحة التباين من السلطة. فهناك بنية إدارية تمتد من المدير الفني والإداري ورؤساء الأقـسام إلـى العمـال الكتـابيين والموظفين المحليين، وأخرى فنية مهنية طبية تنقسم بدورها إلى عدة أقسام إضافية وبخاصة إذا كان المستشفى مركزيـا

([376]) انظر: J. Folta and E. Deck, op cit., p. (59).

إلى الفهرس

أو حضريا كبيرا [377] كما تُمثل الخدمات التمريضية خطاً شبه مستقل من خطوط السلطة بالمستشفى.

وقد تكون لكل خط من خطوط السلطة مصالح تتنافس مع مصالح الآخرين، وتكون له مفاهيم مختلفة للدور الذي يلعبه، والهدف الذي يعمل من أجله في المستشفى، وقد ينشأ صراع بين تطوير خدمات التمريض وبين تطوير الأبحاث، فينعكس هذا الصراع على العلاقات المتبادلة على مختلف المستويات والخطوط، ويؤثر بالتالي على فعالية العمل التكاملي بين الأشخاص شاغلي الأدوار، وعلى كفاءة أداء المهام الوظيفية المختلفة.

غير أن المستشفى ليس بناء متسلسلاً للسلطة بالمعنى العادي للكلمة؛ إذ تدل خطوط الضبط المباشرة والممتدة من القمة إلى القاع، على نسق للضبط الاجتماعي عميق الجذور، وعلى المعنى الخاص للسلطة هنا. وقد كشف علماء السلوكيات عن نسق إداري مزدوج يضم السلطة الإدارية التي تعينها المستشفى، والسلطة الاحترافية المتخصصة

---

(377) انظر: W: Boek And J. Boek, op cit., p. (206), (224).

إلى الفهرس

للأطباء [378]. فالأطباء أعلى هيبة – بالطبع – من بين كـل العاملين، ويشغلون لذلك وضعا مميـزا يجعلهـم بمثابـة " ضيوف في المستشفى"، علاوة على أن دخلهم الرئيسي يأتي من المرضى لا من المستشفى نفسه، حتى أن البعض – مثل فوسـتر Foster يـرى أن سـلطة الأطبـاء كاريزميـة Charismatic ومن ثم فهي تفوق السلطة الإدارية.

ولعل موقف الممرضة مثال واضح للخطوط الـصراعية للسلطة في المستشفى بين العمال والإداريين والأطباء، فهـي "شخص في الوسط". وقد أشار إلى المـشكلة التـي تواجـه مشرفه التمـريض كـل مـن دوف Duff وهـولنج شـيد Hollingshead، وذلك في كل وحـدة لرعايـة المرضـى بالمستشفى الذي درساه، فالمشرفة تضطلع بدور يتداخل فيـه خطان للسلطة. فهي ممثلـة لإدارة المستـشفى فـي تنفيـذ السياسات والقواعد والإجراءات من ناحية، كما أنها ممثلـة للطبيب ومسئولة عن تنفيذ تعليماته لعلاج المرضى من ناحية أخرى [379]، وإذا كان هذان الخطان لا ينفصلان، إلا أنهمـا

([378]) انظر: George Foster, op. cit., p. (168).

([379]) انظر: Ibid, p. (169).

يضعان الممرضة أمام معضلة أشبه بـاللغز، هـي كيفيـة إرضاء أربـع جماعـات: جماعـة التمـريض، وجماعـة الإداريين، وجماعة الأطباء المعالجين أنفسهم، وأخيرا جماعة المرضى، وهو ما لا سبيل إلى تحقيقه. وتزداد المشكلة حدة في مجتمعنا المصري عامة والريفي منه خاصة حينما تتزوج الممرضة وتنجب وتصبح مسئولة عن أبنائها، وهـي تقـيم بعيدا عن الوالدين أو الأقارب. ناهيك عـن رفـض ثقافتنـا المصرية عموما لمبيت المرأة خارج البيت. كذلك فالممرضة في عملها ملزمة بالتنفيذ الحرفي لتعليمات الطبيب، في نفـس الوقت الذي تشغل فيه دورا معينًا فـي التسلـسل الهرمـي للسلطة بالمستشفى، وتحكمها قواعده ومعاييره الإدارية. وإذن فهي تعايش صراعا شـبه دائـم بـين توقعـات الأطبـاء، وتصورات الإدارة، والمرضى لدورها المهني علاوة علـى دورها كزوجة وأم وربة بيت. وهذا ما حاولنا الكشف عنـه في دراستنا للنسق الاجتماعي للمؤسسات الصحية بمحافظـة الجيزة.

وقد مرت وظيفة المستشفى بعدة مراحل؛ إذ كانت تضطلع قديما بوظيفة تقديم الإحسان كملجأ يأوي العجـزة والأيتـام

إلى الفهرس

والفقراء [380]. كذلك سادت النظرة إليها في أوروبا باعتبارها مكانًا للموت. وفي العصرين الأموي والعباسي تقدمت وظيفة البيمارستانات لتشمل تقديم الخدمات الـصحية المتخصـصة للمرضى، وتدريس صناعة الطب وعقد اللقـاءات الطبيـة. وفي العصر الحاضر تعقدت وظيفة المستشفى نظرا لاعتماد التشخيص على الأجهزة والتحاليل والأشعات التـي تتطلـب المزيد من الكفاءة والتقنية في ضـبط الظـروف المعمليـة. وساهم الحفاظ على وقت الطبيب حاليا في تغير هذه الوظيفة؛ إذ كلما قل عدد الحالات التي يفحصها ويتابعها، كلما ارتقـى مستوى الخدمة أداء واستفادة. ولكن واقعنا المصري يؤكـد على زيادة المترددين يوميا علـى المستـشفيات المركزيـة العامة والتخصصية؛ مما يرهق كاهل الأطباء والممرضات والفنيين والعمال، وينعكس بالسلب على مستوى ما تقدمه من خدمة صحية.. ومن ناحية أخرى فإن المستـشفى يـضطلع بوظيفة علاج المرض، ويدلنا استقراء التراث العلمي علـى ذلك. وبالتالي كان الاهتمام منصبا علـى عـلاج الحـالات

(380) George Foster, Medical Anthropology, op. cit., p. 165.

إلى الفهرس

الباثولوجية الفعلية. إلا أن تركيز المستشفى صار يدور الآن أيضا حول الطب الوقائي [381]؛ حيث تعد الـصحة إحـدى اللزوميات الوظيفية للنسق الاجتماعي العام، إذ يؤدي المرض إلى عجز واضح في القـدرة علـى الاضـطلاع بـالأدوار الاجتماعية بكفاءة، علاوة على أن وظيفة المستشفى في تلك الحالات تتمثل في علاج المرضـى، ومـشكلات الجنـاح، والضبط الاجتماعي، مثلها في ذلك مثل العمليـات الدافعـة لاستمرار النسق الاجتماعي وتكامله.

5- دراسات علماء الاجتماع للمستشفى:

يعلق الكثيرون من المعنيين بالنسق الاجتماعي للمستشفى آمالاً عريضة على علماء الاجتماع؛ حيث أصبح بإمكـانهم المشاركة الفعالة فـي توضـيح الـصورة الكاملـة لعمـل المؤسسات الطبية وإلقاء الضوء على كيفية أدائها الـوظيفي، والكشف عن المعوقات التي تعترض هذا الأداء الكفء [382]. لذلك فقد ظهرت بعض محـاولات أوليـة لدراسـة البنـاء

(381) Talcott Parsons, op. cit., pp. 430.

(382) انظر: J. Folta and E. Deck, op. cit., p. (61).

الاجتماعي للمستشفى الأمريكي على سبيل المثـال؛ حيـث ركزت دراسة "والتربويك" و"جين بويك" لمستشفى ميريـديث Meredith الخيري بمدينة رشمور Rushmore [383] على دراسة التنظيم الرسمي وغير الرسـمي، والأداء الـوظيفي للمستشفى، وعلاقته بالمجمع المحلي المحيط به.

إن اهتمام علماء الاجتماع بدراسـة المستـشفى، وإلقـاء الضوء على بنيته الاجتماعية قد فتح آفاقًا واسعة من الأفكار الجديدة التي ساعدت القوى العاملة الطبية والإدارية على فهم ديناميات المرض والصحة، وطبيعـة العلاقـات التفاعليـة بالمستشفى [384] وكانت المحصلة لهذه الاهتمامات الجديدة أن تزايد التركيز على العوامل المختلفة والمتنوعة التي تـؤدي إلى المرض – كالعوامل النفسية والاجتماعية والثقافية – ولم تكن في حسبان الأطباء ذوي النظرة الفسيولوجية الأحاديـة للمرض.

([383]) انظـر: W: Boek and J. Boek, op. cit., pp. (204 – 225).

([384]) انظر: Madeleine Leininger, op. cit., p. (145).

لقد لفت المستشفى أنظار علماء الاجتماع، ولا سيما دور التكنولوجيا المتطورة في إحداث التغير السريع، ففي خـلال عقود قلائل تحول المستشفى إلى واحد من أكثر التنظيمـات الاجتماعية تعقيدا، فهو تنظيم يتصف بالتخصص الفني الفائق وتعدد المهام، وتنوع خطوط الـسلطة، والعلاقـات المعقـدة والأدوار الاجتماعية المتغيرة والجماعات المهنية المتناميـة، وأنساق التدرج [385]. وهكذا يعد المستشفى بيئة طيبة لدراسة التفاعلات القائمة بين الأهداف والتكنولوجيـا والتخـصص والسلطة وصنع القرار.

ولقد شهدت العقود الماضية تعـدد أنمـاط المستـشفيات بدرجة ملحوظة، فكان منها المستـشفى العـام والمستـشفى الخاص، والمستشفى الخيري، والمستشفى المحلي التطـوعي ذو الأساس الديني [386]. على أن التمييز الأكثر انتشارا فـي العلوم السلوكية هو ما يفرق بين المستشفى العام، ومستشفى الأمراض العقلية، كما أن هناك المستشفيات التعليمية العامـة

([385]) انظر: David Mechanic, Medical Sociology, op. cit., p. (365).

([386]) انظر: W. Boek and J. Boek, op. vit. P. (205).

التابعة للمعاهد والكليات الطبية. وبالتالي فهي النوع الوحيـد الأيسر في الدراسة. ويرجع سبب تلك السهولة في الدراسـة إلى ما حددته كوزر Coser مـن "أنـه يمكـن للملاحـظ الخارجي الدخول بعمق في صميم المستشفى التعليمي، نظرا لتواجد طلبة الطب والأطباء العاملين المقيمين فيها، والأطباء الزائرين، والنـواب، والأطبـاء النفـسيين والممرضـات، وطالبات التمريض، والمـساعدين، والمتطـوعين، وفنيـي المعمل والأشعة والأخصائيين الاجتماعيين.. وجميع هـؤلاء منتشرون في أرجاء المستشفى، وبالتالي فليس ثمة مدعاة إلى الشك في أي إنسان غريب طالما كان يرتـدي " المعطـف الأبيض" ويكفـي عنوانـه كباحـث لتبريـر وجـوده فـي المستشفى" [387].

وبتعدد أنماط المستشفيات فقـد تنوعـت جهـود علمـاء الاجتماع والأنثروبولوجيا في دراستها، وإن كان من الملاحظ أن هناك ثنائية dichotomy تميز بين جهدي كليهما، فعلـى حين قصر الأنثروبولوجيون دراسـاتهم علـى مستـشفيات

([387]) انظر: George Foster, op. cit., p. (166).

إلى الفهرس

الأمراض العقلية فقد ركز علماء الاجتمـاع علـى دراسـة المستشفيات العامة، بعد أن كان بعضهم يعمل مـع أطبـاء وأخصائيين نفسيين في المستشفيات العقلية، ومـن ثـم فقـد اقتنعوا بأهمية التحول إلى دراسة المستشفيات العامة.

ومن دراسات علماء الاجتماع دراسة فرانكـل Frankel للنظام الطبي لمستشفى الطـوارئ فـي مدينـة كاليفورنيـا الأمريكية، فذهب – خلال دراسته – إلـى حجـرة أطبـاء الطوارئ الذين يشعرون بتدني مكانتهم المهنية فـي الهـرم الطبي، وقابل باقي القوى العاملـة الطبيـة الأخـرى فـي المستشفى، غير أنه كان واضح التعاطف في دراسـته مـع القائمين بالأعمال الشاقة وأطقـم الإسـعاف الـسريع [388]، ويشغل كل هؤلاء قمة الأدوار الرئيسية فـي نظـام رعايـة الطوارئ بالمستشفى.

كذلك فقد درس والتربويك W. Boek وجين بويـك J. Boek البناء الاجتماعي لمستـشفى ميريـديث Meredith الأمريكي باعتباره مركز الرعاية الحديثـة المتاحـة لكـل

([388]) انظر: Medical Anthropology, op. cit., p. (166).

الناس[389]، وركزت الدراسة علـى البنـاء البيروقراطـي (التنظيم الرسمي) للمستشفى، وأشارت إلى ظاهرة مهمة: هي تحول المستشفيات الخاصة إلى مستشفيات خيرية بعد عـدة سنوات، إما لفشلها في تحقيق دخل كافٍ لمالكيها أو لعجزهم عن توفير الاستثمار الكافي لتمويلها، فـضلاً عـن انتـشار العيادات الخاصة الخيرية وشمول نظام التأمين الـصحي... إلخ. وتحدد الدراسة بالتفصيل كيفية إدارة المستـشفى مـن خلال مجلس الإدارة ذي اللجان الأربـع وهـي. الماليـات والعلاقات العامة والمباني والأراضي واللجنة التنفيذية. ثـم تداف إلى تناول الهيئة الطبية للمستشفى، والأقسام العلاجيـة والمعمل والخدمات التمريضية. وتشير الدراسة كـذلك إلـى التنظيم غير الرسمي وأهميته للمستـشفى باعتبـاره عـاملاً حاسما في كفاءة الأداء الوظيفي للخدمة الـصحية. وبالتـالي فلا بد مـن التعـاون بـين التنظيمـين الرسـمي وغيـر الرسمي[390]. وتتناقش الدراسة خطوط السلطة والصراع بين أعضاء النسق الطبي، وتتخذ موقف الممرضة مثالاً بـارزا

([389]) انظر: W. Bork and J. Boek, op. cit., p. (203).

([390]) Ibid, p. 218.

إلى الفهرس

على ذلك، بحكم توزع التزاماتها بتعليمات الطبيـب والإدارة العليا، أو كما تصفها بعض الدراسات بأنهـا "تعـيش فـي الوسط" [391].

كذلك فقد أجرت كوزر Coser في عـام 1963 دراسـة للمجتمع المحلي للمستشفى الأمريكي، ردت فيها أسباب تزايد التوترات بها إلى طريقة تأهيل أعضاء النسق الطبي، علـى تقديم الرعاية الطبية فقط ودون مراعاة للجوانب الاجتماعيـة والثقافية للمرض وللمريض [392]. وتزداد حدة المشكلة فـي حالات علاج المرض المزمن، التي تشعر المعالجين بالملـل والاغتراب واللامبالاة. وركزت كوزر على تأثير ذلك علـى الممرضات، فاتضح لها أنهن يعانين من الإحساس بالضعف Powerless والتشتت والضياع meaningless والنفور من الذات Self – estranged، والشعور بالعزلـة isolation المهنية التخصصية والجغرافية.

([391]) Earl Lomon koos, op. cit., p: 238, and leininger, p: 150.
([392]) Caroline Cox, op. cit., p: 157.

إلى الفهرس

ولعل من أفضل الأمثلة علـى دراسـة علاقـة البنـاء الاجتماعي للمستشفى بالأداء الـوظيفي للخدمـة الـصحية، دراسة ملفين سيمان Melvin Seeman وجون إيفانز John Evans حول التدرج والرعاية التي يقدمها المستشفى [393]، بالتطبيق على مرضى 14 عنبرا تضم 600 سرير بمستشفى جامعي. وقاس الباحثان التدرج الاجتماعي في العنبـر مـن خلال المقابلات مع الممرضات اللائي يصفن سلوك المكانـة Status behavior للطبيب المقيم المسئول عن العنبر. وقد سئلت كل ممرضة أن تصف هذا السلوك في ضوء عـشرة بنود، منها مثلاً "متطلبات اتباع الممرضة للتسلسل الطبي في تقرير أية تغيرات ملحوظة على حالة المريض"، أو "الاحتفاظ بمسافة مهنية معينة بين الطبيـب وبـاقي الفريـق الطبـي بالعنبر". وتميل العنابر التـي يتـولى مـسئوليتها الطبيـب لمضاعفة تمايزات المكانة، ولذلك اعتبرهـا الباحثـان ذات تدرج عال. وقد اعتمدا على ثلاثة أنواع من المعلومات مـن أجل التحقق من سمات الأداء الطبي وهي:

(أ) البيانات الموضوعية المستندة إلى سجلات طبية.

([393]) David Mechanic, op. op. cit., p: 367.

إلى الفهرس

(ب) بيانات السمعة reputation المعتمدة علـى ترتيـب العنابر الديمقراطية حيث التفوق.

(ج) التقارير الذاتية التي يكتبها الأطبـاء المقيمـون عـن سلوكهم الخاص.

كذلك فقد طور الباحثان مقياسا للأداء الطبي، معتمدا على تصورهما للوظائف السبع للمستشفى وهي [394]:

(أ) الانتقاء Selection وتقاس هذه الوظيفة بطول إقامـة المريض فيها.

(ب) الإمداد Supply ويقاس بتتابع أعضاء الفريق الطبي وتنقلاتهم.

(ج) الخدمة Service وتقاس بحجم الأخطاء الطبية.

(د) الاتـصال Communication ويقـاس بتـوالي الاستشارات وتكرارها.

(ه) الضبط Control ويقاس بتكرار التحلل من البرنامج اليومي المنتظم.

([394]) Medical Sociology, Ibid, p. 367.

(و) الاكتشاف discovery ويقاس بمعدلات تشريح الجثث لمعرفة سبب الوفاة.

(ز) التعليم Teaching ويقاس بمدى ارتقاء الدارس فـي العلم والخبرة.

وعلى الرغم من ندرة نتائج الدراسـات الـسوسيولوجية المرتبطة بالمستشفى وبنائها التنظيمي، وعلاقة ذلك برعايـة المرضى، إلا أن هناك بعض المعلومات الأخرى المـستمدة من الدراسات الطبية التي تتنـاول الخـصائص التنظيميـة للمستشفيات، ونوعية الرعاية الطبية. وعلى سبيل المثال فقد أوضح تروسل Trussell في دراسته وجود تنويعات ضخمة في نوعية الرعاية الطبية، كما أن هناك بعض المستـشفيات التي تنفرد بعقم الرعاية الطبية [395]. وتكشف الدراسة عـن التفاوت بين الأطباء بتفاوت مستوياتهم الأكاديمية، فليس ثمة شك في أن الطبيب الحاصل على شهادة الزمالة مثلاً، يقـدم رعاية طبية تفوق تلك التي يقدمها زميله الممـارس العـام. وكلما اندمج المستشفى التعليمي في التعلـيم الطبـي، كلمـا

(395) انظر: David Mechanic, op. cit., P; 369.

إلى الفهرس

ارتقت نوعية الرعاية. وبزيادة عدد الأطباء الحاصلين علـى الزمالة في المستشفيات ذات البرامج التدريبية، يزداد تفـوق الرعاية فيها على نظيرها في المستشفيات العادية الأخرى.

***

سادسا: قضايا تثيرها دراسة المستشفى:

وضح مما سبق أن المستشفى نسق اجتماعي ذو طبيعـة خاصة في المجتمـع، وأن ظـروف الاستـشفاء وتجـارب المرضى تؤكد على طبيعة الثقافة الخاصة للمستـشفى، وأن هذه الثقافات الخاصة تتفاوت فيمـا بينهـا بتفـاوت موقـع المستشفى وتبعيته الإدارية وتخصصه العلاجي.. إلخ. فـلا تتطابق مثلاً ثقافة المستشفى القروي مـع ثقافـة المستـشفى الحضري أو المركزي، ولا ثقافة المستشفى التـابع لـوزارة الصحية مع المستشفى التعليمي التابع للجامعـة، ولا ثقافـة مستشفى الرمد أو الأورام مع ثقافـة مستـشفى الأمـراض العقلية، ومع ذلك فهناك خيوط مشتركة تجمع هذا الشتات من ثقافات المستشفيات المتباينة لتحـدد معـالم بـارزة لثقافـة المستشفى تصدق على مختلف أنواعها بشكل أو بآخر.

ومن هنا تثير الدراسة قضية الثقافة الخاصة لكل مستشفى كضرورة تستوجب المزيد من الاهتمام، ولا تقل شـأنًا عـن اهتمام الأطباء بدراسة الأساليب العلاجية ذاتها، ويمكن تحديد معالم هذه الثقافة الخاصة من خلال مقابلات متعمقة نجريهـا مع المرضى الذين عايشوها أثناء استشفائهم، وبعد خروجهم من المستشفى، ونبحث معهم عن الآثار الـسلبية والإيجابيـة التي مارسها عليهم المستشفى بثقافته الخاصة.

ومن ناحية أخرى توضح النظرة الـسوسيولوجية للنـسق الاجتماعي للمستشفى وجود تنظيم رسمي وآخر غير رسمي، وبينهما علاقات تتكامل فيما بينها حينًا، وتتصارع حينًا آخر، وتختلط حينًا ثالثًا، ويؤثر كل ذلـك علـى الأداء الـوظيفي للخدمة الصحية، وعلى دور المستشفى في مواجهة المـرض وعلاجه. وتساعدنا النظرة إلى المستشفى كنسق مفتوح على التركيز على العلاقات السائدة بينها وبين المجتمع المحلي – الريفي أو الحضري – المحيط بهـا. وقـد أكـدت بعـض الدراسات المتاحة على أن أداء الخدمة الصحية بالمستشفى

يتحدد في ضوء طبيعة البناء الاجتماعي القـائم، والعلاقـات الاجتماعية السائدة، وهذا المنطلق الذي برر تصدي الباحـث لدراسة هذه الخدمة الصحية في مصر.

ومما يؤيد هذا المسعى ويشجعه أن الخدمة الصحية التـي تضطلع بها المستشفى تُمثل ميكانزما توافقيـا فـي النـسق الاجتماعي الأكبر بحيث إنها تعالج ما يثور أعـضاءه مـن مرض يعجزهم عن أداء أدوارهم بكفاءة، أو إعياء يثـبطهم عن الاضطلاع بمسئولياتهم، وبهذا يتضح لنا عمق العلاقـة بين المستشفى وبين المجتمع الأكبر، والتأثير المتبادل بينهما. ولا بد هنا من الاهتمام بدراسة المستـشفى كنـسق مفتـوح للكشف عن تلك التأثيرات التبادلية، والتحقق مـن العوامـل الدافعة المنشطة للأداء وتدعيمها، والحد من العوامل المثبطة ومواجهتها.

والخلاصة أننا لازلنا في حاجة ماسة لدراسـة الأسـاليب والطرق الملائمة لمساعدة المرضى على التكيف مع ثقافـة المستشفى، ومع إيقاع الحياة الرتيب فيها، وتغيـر المركـز الاجتماعي للمريض بداخلها عن خارجهـا، وتحولـه مـن صاحب القوة والقرار إلى مجرد مريض تابع لما تمليه عليه

ضوابط المستشفى ومعاييره. وهكذا فإن دراستنا الحالية تثير قضية "التنشئة الاجتماعية للمرضى" وتكيـيفهم مـع النـسق الاجتماعي والثقافي للمستشفى، حتى لا يصدموا عند دخولها.

ولا بد من الإشارة هنا إلى حاجاتنا المتزايدة حاليـا إلـى المستشفيات، سواء في عددها ليشمل المجتمع المصري كله، أو في حجمها ليوفر الفرص العلاجية لأكبر عدد ممكن مـن مرضى الريف والبادية والمدينة على حد سـواء، وبمقابـل يقدرون عليه. ولكننا قبل ذلك – أو أثناءه – نحتاج إلى فهـم أعمق للثقافة الصحية في مجتمعنا والعناصر التراثية الشعبية المتعلقة بالصحة والمرض، وانعكاسـات كـل ذلـك علـى الاستشفاء، وتجربة المرضى بالمستشفى وتكيفهم مع ثقافتهـا ونظامها الاجتماعي.

أضف إلى ذلك أن الدراسة الحالية تثير قضية التباين بين المستشفيات العامة والمستشفيات الخاصة، وأثر ذلـك علـى الخدمات الصحية في مجتمعنا المصري، والأوضاع الطبقية، ومدى الاستفادة من هذه الخدمات، وهي قضية تلح علينا منذ أن تصدر النشاط الخاص إنتاج الخدمات الصحية، في الوقت الذي ضعفت فيه طاقات النشاط العام، وقلت إمكانياته. ونثير

هنا قضايا شكل ثقافة المستشفيات في المـستقبل وطبيعتهـا والتغيرات التي تطرأ على معاييرها وبنيتهـا الاجتماعيـة، وكذلك عوامل التقليل من الخلل الوظيفي، والارتفاع بالكفاءة الأدائية للمستشفى إلى حدها الأقصى.

على أن من المقطوع به أن المتخصـصين فـي علمـي الاجتماع والأنثروبولوجيا وحدهم لا يستطيعون التصدي لتلك القضايا المثارة ودراستها بكفاءة، بل إن من الـضروري أن يؤازرهم الأطباء المعنيون بدراسة الـصحة العامـة وطـب المجتمع، ومبحث أسـباب المـرض Etiology والأوبئـة epidemiology وغيرهم. وهكذا يتعاون علماء الاجتمـاع والأنثروبولوجيون مع الأطباء في فهم الخلفيات الاجتماعيـة والثقافية للصحة والمرض، وأفضل السبل للعلاج وأكثرهـا مراعاة لتلك الخلفيات. وعلى العموم فهـي دعـوى يثيرهـا الأطباء أنفسهم قبل علماء الاجتماع والأنثربولوجيا؛ مما يؤكد على نبل المسعى، ونقاء القصد.

***

الفصل السادس

سوسيولوجيا الصحة والخدمة الصحية

مقدمة:

من المؤكد أن فهمنا للصحة والرعاية الصحية لن يكتمـل إلا بعد إدراجهما في السياق الأكبر لمحاولات الإنسان التكيف مع مواقف الحياة، علاوة على أن مجالات تكيف المستشفيات والمؤسسات الصحية تنظيميا تستلزم وضـعها فـي سـياقها الاجتماعي والسياسي الأشمل [396]. فإذا كانت مهام الطب – على سبيل المثال – هي فهم كيفية وقوع أعراض المـرض، ومعالجتها، وتعزيز الظروف المعيشية التي تقلل من خطر ما يهدد صحة السكان، فإن هذه المهام الطبية الثلاث تصبح غير ذات بال ما لم نراع أهمية العوامل الاجتماعيـة والنفـسية، مثلما نراعي العوامل البيولوجية، أضف إلى ذلك أن معظـم النشاط الطبي يتطلب فهمـا واعيـا للـضغوط الاجتماعيـة

([396]) Dawid Mechanic, op. cit., p. (2).

إلى الفهرس

والثقافية التي تؤثر على إدراك الفرد لمدى حاجته للمساعدة الطبية، وقراره بالبحث عنها، واستجابته لها.

وإذا انتقلنا إلى مستوى المجتمع المحلي، لاحظنا أن تعديل الظروف الاجتماعية والبيئية لتتلاءم مع الصحة، أو تغيير الأنماط الاجتماعية الثقافية، وسلوك المرضى في الحفاظ على صحة أفضل.. لاحظنا أن كل ذلك يتطلب تطوير التكنولوجيا السلوكية، وهي عملية لا تشغل بال باحثي الطب ولا ممارسيه. وعلى هذا فإذا لم يكن الوعي المتزايد بالعمليات الاجتماعية والسلوكية جزءا من تدريب العاملين بالصحة، فستظل طريقة رعايتهم للمرضى وتصميم الخدمات الطبية، وكذلك الطبية الاجتماعية أقل كفاءة في تحسين الصحة والقضاء على المرض.

ومن ناحية أخرى فإننا نلاحظ مدى تأثير العوامل الاجتماعية على الخدمات الصحية ومدى الاستفادة منها. ويدلنا التراث على أن الخوف من فقدان الهيبة الاجتماعية للأسرة قد أقام العراقيل أمام الاستفادة من الخدمات الصحية في تايوان Taiwan فالأسرة الممتدة لا تزال موجودة، وفيها نجد المرأة العجوز تتمتع بسلطة كبيرة تدعمها فيما تتخذه من

إلى الفهرس

قرارات وأحكام [397]، ومن ثم فإنها تنحـي باللائمـة علـى زوجة الابن الشابة إذا ما بحثت عن الرعاية الـصحية قبـل الولادة أو حتى سألت إحدى أترابها، بل إن نفوذ كبار الـسن كثيرا ما يحول بين الزوجات صغيرات السن الواعيات بقيمة الخدمات الصحية قبل الولادة، وبين إفادتها منها.

وفي هذا الشأن قام علمـاء الاجتمـاع وعلـم الـنفس الاجتماعي بتطوير عديد من النماذج التي تفـسر اسـتجابات الناس المتباينة نحو الخدمات الـصحية وتحليلهـا. وتكفـي الإشارة هنا إلى أن عمليات البحث عن المساعدة الطبية تعـد جزءا من عملية اجتماعية لا يرقـى إليهـا أي فهـم طبـي مجرد[398]. وعلى سبيل المثال، فإن قرار الطبيـب بإدخـال المريض المستشفى، أو إحالته إلى طبيـب آخـر، أو حتـى تحويله إلى مركز طبي عام.. كل هذا لا يعتمد على الحقائق الطبية في الموقف فحسب، وإنما يعتمد أيضا على الاتجاهات الطبيب، والتنشئة الطبيـة medicalization والاجتماعيـة،

(397) George Foster, Traditional Societies and Technological Change, Harper & Row Publishers, New York, 2 nd edition), 1973, p. (88).

(398) انظر: Medical Sociology, op. cit., p. (18).

إلى الفهرس

ومدى توافر التسهيلات المتاحة، وإمكانية الحصول عليهـا، والضغوط التي يمارسها المريض على الطبيب، فضلاً عـن العديد من العناصر والعوامل الأخرى فالاستجابة للمـرض، والبحث عن الخدمـة الـصحية أمـران ذو صـلة وثيقـة بالخصائص الاجتماعية [399]، كما أن الـصحة مـن أهـم العناصر التي تتفاعل مع العوامل الاجتماعية والاقتـصادية: تأثيرا فيها وتأثرا بها.

وتجدر الإشارة إلى أن أنماط المرض تخضع في كثير من تغيرها لما تفرضه عليها العوامل الاجتماعيـة، والظـروف الاقتصادية، وقد أكدت معظم المصادر التاريخيـة والطبيـة والسوسيولوجية على أهمية هذه التأثيرات، وزودتنا بالأدلـة عليها [400]، كما أن أنماط المعيشة والسلوك المؤديـة إلـى اعـتلال الـصحة مرتبطـة بـدورها بالـسلبيات الثقافيـة والاجتماعية في المجتمع [401]. وعلى هذا الأساس فقد أبانت

([399]) John Bryant, Health and Developing World, op. cit., p. (76).

([400]) انظر: Patrick and Scambler, op: cit., p: (16).

([401]) انظر: David Mechanic, cit:, p. (310).

الدراسات الرائدة في علم الاجتماع الطبي عـن أن مـشكلة الصحة تتمثل أساسـا فـي اللزوميـات الوظيفيـة للنـسق الاجتماعي، وبالتالي فإن تدهور المستوى الصحي العام يعتبر خللاً وظيفيا واضحا في النسق، ولعل ذلك يوضـح لنـا أن المرض يؤدي إلى عجز فـي القـدرة علـى الأداء الأمثـل للأدوار الاجتماعية [402]. ومن هنا فإن الممارسـة الطبيـة تصبح إحدى الميكانزمات في النسق للتوافـق مـع حـالات المرض التي تصيب أعضاءه، وتتـضمن تلـك الممارسـة مجموعة من الأدوار النظامية، وأسـاليب تطبيـق المعرفـة العلمية على مشكلات الصحة والمرض، وطـرق الـسيطرة على المرض.

والواقع أن هناك إجماعا عامـا مـا علـى أن التأهيـل الاجتماعي للطبيب ضرورة لا بد منها ليحسن التعامل مـع المجتمع بكفاءة: فتذهب إحدى الدراسـات إلـى أن تزويـد الطبيب بصورة الواقع الاجتماعي فـي الريـف والحـضر، وتبصيره بكيفية الأداء السوي الكفء يعد كسبا ونجاحا للنسق

([402]) انظر: Talcott Passons, op. cit. p. (431).

إلى الفهرس

الطبي الرسمي في تقديم الخدمة الصحية [403]، علـى حـين يذهب البعض الآخر إلى أن الكفاءة الاجتماعيـة للطبيـب، وتكيفه مع الموقف الاجتماعي للمريض شرط أساسي للنجاح في الأداء المهني. فإذا كان على الطيب أن يقوم بمـسئولياته كطبيب معالج، فلا بد أن يتواءم مـع الموقـف الاجتمـاعي للمريض ويراعي السياق الاجتماعي للمـرض [404]، بينمـا يطالب نمط ثالث من هذه الدراسـات بـضرورة حـصول الأطباء على قسط وافر من التأهيل الأكاديمي فـي علمـي الاجتماع والأنثربولوجيا، للتعرف على العلاقات المعقدة التي تربط بين أعضاء الجماعة وكذلك التي تربط بينهـا وبـين الجماعات الأخرى في النسق الاجتماعي، علاوة على تعرفهم على تأثير النسق السلوكي المؤسسي على شفاء المرضـى، وعلى قيام العاملين بأدوارهم واتجاهاتهم نحوهـا [405]. أمـا النوع الأخير من الدراسات فهو يرى أن وجهة النظر الطبية ترد كل الأمراض إلى الأسباب الفـسيولوجية والبيولوجيـة.

([403]) على المكاوي، الطب السحري، مرجع سابق، ص (473).

([404]) انظر: David Mechanic, op. cit., p. (114).

([405]) انظر: Madelene Leininger, op. cit., p. (149).

وكان مبحث أسباب المرض etology في كليهما يرد كـل الأمراض إلى هاتين الطائفتين من الأسباب. علـى أن تلـك النظرة قد تغيرت حاليا؛ حيث اعترف الأطبـاء بالأسـباب الاجتماعية الأخرى للمرض [406]. وهكذا صـار المـرض يعرف تعريفًا بيولوجيا واجتماعيا باعتباره حالة اضـطراب في الأداء السوي للجسم البشري ككـل بمـا فيهـا التكيـف الشخصي والاجتماعي، جنبا إلى جنب مع الكيان البيولوجي.

والخلاصة أن الطب الحديث تعرض لانتقادات واسعة من جانب الصحافة والمحللين الاجتماعيين والجمهـور، وحتـى الأطباء أنفسهم. وتدور أبرز الانتقادات حول التنشئة الطبية، والسيادة المهنية في التنظيم الطبي، والنتائج المضرة بالصحة نتيجة لإدخال التكنولوجيا، وتأثير البناء الاقتصادي والسياسي على الطب. على أن السنوات الأخيرة شهدت تغيرا في دور الطب، حتى أفرغ جميع هذه الانتقادات من المضمون، بعـد أن تزايدت أعداد المستـشفيات، وكـذلك أعـداد الأطبـاء والأخصائيين ونجم عن ذلك التغير أن صـارت المؤسـسة

([406]) انظر: Talcott Passons, op. cit., p. (431).

الصحية قوة اجتماعية ذات تأثير على الأطبـاء والمرضـى والمؤسسة ذاتها [407]. والجديد في الدراسـات الحديثـة أن بعضها – كدراسة زولا Zola فـي عـام 1975 ودراسـة نافارو Navarro في عام 1976 – يرى للمؤسسة الـصحية وظيفة هامة، هي تحقيق الضبط الاجتماعي. ومعنى ذلك أنها تمتلك القوة لكي تحقق النظام، وترسي دعائمه في المجتمـع، وتمنع الفوضى. وتعتمد القوة على القسم المتفق عليها، وعلى أنماط سلوك أعضاء المجتمع، وعلى قوة كل مجموعة أو قوة اجتماعية كالدين والقانون والطب أو التعليم. وكلهـا يمكـن اعتبارها وسائل للضبط الاجتماعي. وبالتالي فقـوة الطـب، موجودة بالفعل، لأن المجتمع يعلق أهمية كبرى على كل من الصحة الجيدة، ودور الطب في الحفاظ عليها وتحسينها.

وفي ضوء ما تقدم يتناول هذا الفصل العناصر التالية:

أولاً: السياق الاجتماعي للصحة والمـرض، وأثـره علـى الخدمة الصحية.

ثانيا: دور الأسرة في الخدمة الصحية.

([407]) انظر: Patrick and Scambler, op. cit., p. (175).

ثالثًا: سلوك المرض وعلاقته بالخدمة الصحية.

رابعا: الطبقة الاجتماعية والخدمة الصحية.

خامسا: البيئة الاجتماعية والخدمة الصحية.

سادسا: مورفولوجية المجتمع ونوع الخدمة الصحية فيه.

سابعا: المدخل الاجتماعي للخدمة الصحية.

ثامنًا: اتخاذ القرار الطبي.

***

أولاً: السياق الاجتماعي للـصحة والمـرض، وأثره على الخدمة الصحية:

يمثل الـسياق الاجتمـاعي Social Context الإطـار الأشمل الذي تندرج فيه الصحة والمرض، فيعطيهما طابعهما الاجتماعي، ويميزهما كظواهر، ذات طابع اجتماعي يـسمو على الطابع الفردي [408]. وتستلزم هذه النظرة استقراء تراث علوم الاجتماع والأنثروبولوجيا الطبيـة، وربطـه بـالواقع

([408]) علي المكاوي، السباق الاجتماعي للمعتقد الشعبي مرجع سـابق، ص 256.

الاجتماعي الثقافي الذي نعايشه فـي مـصر، ولعلنـا بهـذا الإجراء نؤكد مرة أخرى على الطابع الاجتمـاعي للـصحة والمرض.

وعلى هذا الأساس تكتسب الممارسة الطبية هي الأخـرى الطابع الاجتماعي، وتدل المعطيـات التاريخيـة علـى أن المظاهر الاجتماعية لتلك الممارسة تُعد جانبـا مهمـا مـن مسئولية الطبيب، ولعل مضمون "قسم أبو قـراط " (460 – 375 ق. م) يجسدها ويجسد الأسس الأخلاقية للمهنة الطبية، والحث على مراعاة تأثير البيئة الفيزيقية والاجتماعية علـى صحة الإنسان ومرضه [409]. واللافت للنظر فعلاً أن كثيـرا من الأطباء يفشلون في توجيه الاهتمـام اللائـق "بالإنـسان ككل"، وذلك بحكم تطور المعرفة الطبية، وتركيزهم على ما يتصورونه يزيد أداءهم دقة وجودة [410]. ومن هنا يتضح أن الطبيب الحديث لا يقوم بدوره بكفاءة في هذا المجال، نظـرا للفصل الواضح حاليا بين الدور الطبـي للطبيـب والـدور الاجتماعي، وإسناد الدور الأخير إلـى متخـصص جديـد.

([409]) انظر: Cardine Cox, op. cit., p. (20).

([410]) انظر: David Mechanic, op. cit., p. (115).

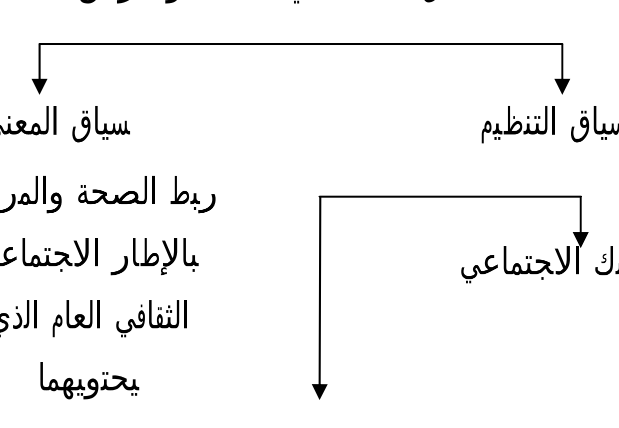
إلى الفهرس

ولا شك أن اهتمام الطبيب "بالمريض ككل" يتضمن مراعـاة السياق الاجتماعي للصحة والمرض، وارتباط ذلك بالثقافـة السائدة؛ مما يقضي على هذا الفشل، ويحيله إلى نجاح مؤكد في أداء الخدمات الصحية.

ومن المعروف أن الصحة والمرض يوجدان فـي سـياق اجتماعي – يتيح فرصة فهمهما وإدراكهما – ذي سـياقين: سياق التنظيم organization وسـياق المعنـى meaning ويعد سياق المعنى بدوره سياقًا اجتماعيا، لأنه يـشير إلـى عملية الاتصال الرمزي [411] وعلى ذلك تتحدد إحدى المهام الجوهرية لعلم الاجتماع الطبي في ربط الـصحة والمـرض بملامح البيئات والأبنية الاجتماعية التي توجد فيها، ويمكـن توضيح تلك الفكرة بالشكل التالي [412]:

([411]) علي المكاوي، المعتقدات الشعبية والتغير الاجتمـاعي: دراسـة ميدانية على قرية سيف الدين بمحافظة دمياط، رسالة ماجستير (غيـر منشورة)، جامعة القاهرة، 1982، ص (136).

([412]) علي المكاوي المرجع السابق، نفس الصفحة.



والواقع أن النظرة الأنثروبولوجية الطبية ترى جوانب البناء الاجتماعي وعناصر الثقافة متغيرات مستقلة، وتعتبر الصحة والمرض متغيرات تابعة. ويتضمن موضوع البناء الاجتماعي علاقة أنساقه (كالنسق الاقتصادي مثلاً) بالصحة والمرض والمكانة الاجتماعية، وما يرتبط بها من أدوار،

إلى الفهرس

وعلاقاتها بالصحة والمرض [413]. ومنها دور المرأة وعلاقته بالممارسات والمشكلات الصحية، وعلاقة الزوج والزوجة بالأقارب، وأثره على الصحة، ودور الجماعة القرابية، والجماعات الأخرى في حالة المرض، والاستجابة له.

وتجدر الإشارة إلى أن سياق التنظيم – كجزء من السياق الاجتماعي – يضمن نمطين من الأبنية الاجتماعية التي تحوي الصحة والمرض، ويشير أول النمطين إلى النظم الاجتماعية وثيقة الصلة: كالنظام الاقتصادي والسياسي والتربوي، وما يتضمنه كل منهم من آثار على الصحة والمرض، ومن علاقة وثيقة بالخدمة الصحية [414]. فإذا دعم النظام الاقتصادي النظام الصحي بالإمكانيات المختلفة، فإن الخدمة الصحية تصل إلى الجمهور المستحق، وبالأسلوب الأفضل.

([413]) د. نبيل صبحي. الأنثروبولوجيا الطبية، مرجع سابق، ص(36).

([414]) علي المكاوي، المعتقدات الشعبية والتغير الاجتماعي، مرجع سابق، ص (137).

إلى الفهرس

وتدل بعض البحوث الحديثة حول العلاقة بين الاقتصاد والصحة على أن العوامل الاقتصادية تلعب دورا رئيسيا في تحديد أنماط المرض حتى في المجتمعات المتقدمة، وأن دور الخدمات الصحية لم يحظ بالاهتمام الكافي بعد[415]، وكذلك الأمر بالنسبة إلى النظام السياسي؛ حيث يستطيع اتخاذ القرارات السياسية ذات التأثير الفعال في شمول الخدمة الصحية لفئات المجتمع المختلفة، وتقديمها مجانًا، أو بأجر مخفض، أو حتى من خلال نظام التأمين الصحي.

ويشير النمط الثاني من الأبنية الاجتماعية إلى أبنية غير متخصصة نسبيا، وليس لديها الطابع التنظيمي المحكم في علاقتها بكل من الصحة والمرض، والخدمات الصحية. ومن أمثلتها أبنية الزمالة fellowship، وأبنية القرابة kinship، وأبنية الجوار neighbourhood، وجماعة الرفاق Peergroup، أو أبنية المؤاخاة brotherhood. فإذا تناولنا دور الجماعة القرابية على سبيل المثال، وجدناها تلاحظ المرض، وترعى المريض، وتواسيه، وقد يستدعي أعضاء

([415]) انظر: Patrick and Scambler, op. cit., p. (26).

الجماعة الآخرين ليلاحظوا أعراض المرض فإذا لـم تجـد الوصفات المنزلية التي ينصحون بهـا، قـرروا اسـتدعاء ممارس شعبي متخصص. وتتولى الجماعة تنفيذ توصـياته، وإبلاغه بسير العلاج وحالة المريض [416]. فإذا نجح العلاج وبرئ المريض نفحته الجماعة أجـره الـذي يرتـضيه وإلا عادوا استشارته مرة أخرى، وربما ينصح في تلـك الحالـة باللجوء إلى ممارس شعبي آخر أو بالذهاب إلـى مستـشفى حديث. وتنتشر هذه الأمثلة بين النافاهو Navaho بأمريكـا، والتيف Tiv بوسط نيجيريا، والديجو Digo في كينيا.

أما سياق المعنى فإنه يشير إلى الدلالة التي تكمـن فـي التوجيهات والإرشادات التي تزودنا بها الحياة الاجتماعيـة، ونتعلمها عن طريق التنشئة الاجتماعية، فتساعدنا على فهـم ما غمض علينا، واستيضاح ما استغلق على عقولنـا [417]. ومن المؤكد أن فهم أمور الـصحة والمـرض حـق الفهـم لا يتيسر للمرء إلا إذا أدرجها في سياقها؛ أي سياق المعنى.

([416]) انظر: Margaret Read, op. cit., pp. (9 – 11).

([417]) انظر: علي المكاوي، السياق الاجتماعي، مرجـع سـابق، ص (268).

ولعل هذا هو ما نادى به الأنثروبولوجيون من ضرورة التروي في فهم الطقوس والمعتقدات والعادات المرتبطة بقضايا الصحة والمرض، عن طريق إدراجها في إطارها الاجتماعي والثقافي العام الذي يحتويها، وبالتالي يمكن لنا تطويعها، أو – على الأقل – تحييدها لصالح الخدمة الصحية.

ومن الأمثلة على ذلك أن جهود التنمية الصحية في زامبيا كانت تلقى الصد والنفور، وبخاصة في مجال التوعية الغذائية بسبب إحجام المرأة عن أكل البيض. وبإدراج الفعل في سياق المعنى ندرك أن سر عزوف النساء عن أكل البيض هو اعتقادهن أن البيض يقلل من الخصوبة، فضلاً عن أنه يدخل ضمن قائمة المحرمات taboos على المرأة، ولذلك فإنهن يتسببن في شحوب الأطفال وهزالهم. وفي الفلبين يسود الاعتقاد بأن أكل الدجاج والكوسة Squash في نفس الوجبة يسبب مرض الجذام leprosy [418]. وتدل الشواهد الأثنوجرافية في المجتمع الهندي على أن الحامل ترفض

([418]) انظر: George Foster, Tradiotional Societies, op. cit., p. (104).

إلى الفهرس

تناول اللبن فيما قبل الوضع وما بعده، ومن شأن هذا أن يثير دهشتنا، ولكن إدراكنا لدلالته الرمزية (سياق المعنى) يكشف عن الاعتماد في تضخم الجنين foetus وانتفاخ قناة فالوب، ولذا تتجنب الحوامل والوالدات – لا الأمهات – شربه اتقـاء لأخطاره حسب الاعتقاد السائد.

أضف إلى ذلك أن أساليب الإعلان عن المـرض والآلام تختلف هي الأخـرى مـن مجتمـع لآخـر، ومـن ثقافـة لأخرى[419]، ومعنى هذا وجود اختلافات اجتماعية وثقافيـة في الإعلان عن حالة واحدة وهي المرض، كما نلاحظ مـن زاوية أخرى تنوعا اجتماعيا وثقافيـا آخـر حـول سـلوك المرض، فتدل الدراسات المتاحة على أهميـة الخـصائص الاجتماعية – الديموجرافية لمستخدمي الخـدمات الـصحية وكذلك لمن لا يستخدمونها، فالمرأة أكثر استـشارة للأطبـاء وطلبا للخدمة الصحية من الرجل، كما أن الشباب اليافع أكثر استشارة من الكبار [420]. كما تُعد الطبقة الاجتماعية والمكانة

([419]) انظر: David Mechnic, op. cit., p. (264).

([420]) انظر: Patrick and Scambler, op. cit. p. (47).

إلى الفهرس

الزوجية وحجم الأسرة عوامل أخرى ذات ارتباط وثيق بمدى الإفادة من تلك الخدمات.

ولعل مظاهر التكيف مع المرض تنطوي هـي الأخـرى على عديد من المفاهيم والأبعاد الدالة علـى أهميـة سـياق المعنى، فالصورة الكلية لعمليات التقدير والتكيف الاجتماعي تتطلب البحث عن المعنى، والعـزو الاجتمـاعي، وكـذلك المقارنة الاجتماعية، والاعتماد والقوة. وحول سياق المعنـى في الصحة والمرض، نقول إن الناس يحاولون التأكيد علـى ما يسعدهم كالصحة في أية أزمة تلم بهم، كالمرض مثلاً لكي يكتشفوا معناه ويدركوه. فالمعنى إذن متطلب قبلي وضروري لتحديد استراتيجية التواؤم، وإقرار الاستجابة المعقولة [421]. وعندما يلم بنا في مجتمعنا المصري مرض عـضال، فإننـا نتلقى المواساة من غيرنا، وخلاصتها أن المرض ابتلاء مـن ا تعالى لعباده الصالحين، وكيف صبر سيدنا أيوب حتـى شفاه ا وأن المرض ليس إلا أزمة صحية عارضة يـستعيد

(421) انظر: David Mechanic, op. cit., p. (300).

إلى الفهرس

المريض بعدها صحته كاملـة [422]، وأن "الـوالي" فلانـا، و"القديس" فلانا.. إلخ قد ابتلوا فـصبروا، فـأعقبهم الـصبر خيرا، وبالتالي نستخلص المعنى من تلك المواسيات، ونتمثل الأمثلة فنعتصم بالصبر، ويكثر زاد العقيدة ونلتمس الـدواء ونطرق أبواب الأطباء حتى يتحقق البرء.

***

ثانيا: دور الأسرة في الخدمة الصحية:

تتأثر الأسرة في مجتمعنا المصري بمرض أحد أعضائها وتعاني الكثير من جرائه. ولعل أول مـشكلة هـي الأزمـة الاقتصادية التي يسببها المرض؛ حيث تزداد تكاليف العـلاج فوق طاقة الأسرة، علاوة على تعطل معظم الأعضاء لمرافقة المريض وزيارته، ومساعدته في اجتيـاز أزمتـه، ويـزداد الطين بلة لو كان المريض عائل هذه الأسرة (الأب أو الابن الأكبر مثلاً). ومن ناحية أخرى يسبب المرض أزمـة فـي البحث عن العلاج الناجح؛ حيث تطرق الأسرة أبوابا كثيرة.

([422]) على المكاوي، المعتقدات الشعبية والتغير الاجتمـاعي. مرجـع سابق، ص (189).

إلى الفهرس

وقد يجدي البحث حينًا، ويفشل حينًا آخر. وفي هذه الحالـة يتدخل عامل الفقر في تحديد مصادر الخدمة الصحية. فـإذا كانت الأسرة فقيرة، بادرت باللجوء إلى الوحـدات الريفيـة والمستشفيات المركزية والعامة، كما قد تلجأ مرة إلى عيـادة خاصة لدقة تشخيص المرض وتحديد علاجـه، فـإن كـان العلاج في مستشفى خاص، أو يستلزم مالاً كثيـرا، اكتفـت الأسرة بذلك وحاولت التماسه في مستشفى حكومي. بينما لو كانت الأسرة غنية، فإنها سرعان ما تعرضه علـى طبيـب خاص وقد تعالجه بمستشفى خاص أو على الأقل تلحقه بقسم العلاج الاقتصادي بمستشفى عام أو تخصصي، ثـم يـسبب المرض أيضا توترا في العلاقات الوجدانية يصعب التـواؤم معها [423]. فمرض الطفل مثلاً لا تقتصر آلامه عليه وحده، وإنما تنسحب على الأم والأسرة كلها.

ويزداد دور الأسرة حيوية في حالات الأمراض المزمنـة والعقلية والتخلف العقلي. وقد أجريت بحوث عديدة على مدى الإفادة من خدمات المجتمع المحلي، وأوضحت أن الأسـرة

([423]) انظر: Talcott Parsons, op. cit., p 446.

تضطلع بتلبية احتياجات العضو المريض، كمـا أن الإعاقـة التي يسببها المرض المزمن لا تهم المريض فحسب، وإنمـا تهم الأسرة ككل [424]، وبالتالي فهذه النوعية من المرض أقل حاجة لخدمات المجتمع المحلي على عكس المرضى المسنين والمزمنين. وتدل الشواهد الأثنوجرافية بين مجتمـع التيـف Tiv بوسط نيجيريا على أن المرض الخطير أو المـزمن – لأحد أعضاء الأسرة – يستلزم اسـتدعاء أسـرتي الـزوج والزوجة معا ليشارك الجميع في طقـس علاجـي يـسمى " الشفاء"، ينتهي بتقديم وجبـة نباتيـة طبيـة يتناولهـا كـل الحاضرين من الأقـارب وغيـرهم [425]، وهنـا يقـال إن المريض قد شفي. وقد أكد الدكتور جيـرلاش Gerlach أن الأسرة والجماعة القرابية عموما مسئولين عن المريض فـي مجتمع الديجو Digo في كينيا. وتتحدد المسئولية في حضور الجماعة كلها موقف الاستشارة والعـلاج، وفـي تـضامن

([424]) انظر: Patrick and Scambler op. cit., p. 139.

([425]) انظر: Margaret Read, op. cit., p. 11.

إلى الفهرس

الجماعة في تحمل مسئولية دفع الأجر للمعالج [426] وتوزيع الأعباء.

والواقع أن الأسرة وسائر الجماعة القرابية مسئولة عـن المريض في مجتمعنا المصري، فهي التي تناقش أعـراض المرض، وتستفسر عن أنسب مـصادر الخدمـة الـصحية للعلاج. كذلك فهي تتضامن معا في تدبير النفقـات اللازمـة للإقامة في المستشفى، وأجر العملية الجراحية المطلوبة مثلاً، علاوة على جدولة أيام الأسـبوع بـين الأعـضاء لزيـارة المريض، ومرافقته يوم الخروج مـن المستـشفى، وتـدبير وسيلة الانتقال المريحة له إلى البيت وإحضار الدواء الـلازم له طوال فترة النقاهة. وهكذا توضح الشواهد انتـشار هـذه الظاهرة على مستوى مجتمعات العالم الثالث ككـل؛ حيـث يعتبر الاستشفاء مسئولية الأسرة وليس المريض وحده [427]. والملاحظ أن التوترات الوجدانية تـسيطر علـى المـريض وأسرته في المجتمع المعاصر، ولذلك يجب علـى الطبيـب

([426]) انظر: Margaret Read, op. cit., p. 11.

([427]) انظـر: G. Foster, Traditioal Societies, op. cit., p: 119.

مواجهتها، فيحدد طريقـة التـشخيص، والـتكهن بمـستقبل المرض ومساره مع الأسرة والمريض معا [428].

وفي هذا الصدد درس ساينزبوري Sainsbury وجريـد دي ألاركون G. de Alarcon دور الأسـرة فـي عـلاج المرض العقلي بالمنزل في عام 1974 بإنجلترا والمـشكلات التي تعاني منها الأسرة من جراء قيامها بالرعاية المنزليـة للمرضى العقليين، وتأثيرها على صـحة الأقـارب وعلـى الأنشطة الاجتماعية ونظام الحياة اليوميـة.. إلـخ. ويمكـن توضيح نتائج تلك الدراسة إحصائيا مـن خـلال الجـدول التالي[429]:

([428]) انظر: T: Parsons, op: cit., p: 449:

([429]) انظر: Patrick and Scambler op. cit., p. 140.

المشكلات الأسرية الناجمة عن الرعاية المنزلية للمرضى العقليين والنسبة المئوية للأثر

تأثير الرعاية المنزلية للمريض العقلي على:	النسبة المئوية للأثر
صحة الأقارب:	
الصحة البدنية	%28
الصحة العقلية	%60
الأنشطة الاجتماعية وأنشطة وقت الفراغ	%35
صحة الأطفال	%34
نظام الحياة اليومية بالمنزل	%29
دخل الأسرة	%23
عمالة أفراد الأسرة	%23

ويتضح من هذا الجدول أن رعاية الأسرة لمريضها العقلي في المنزل يترتب عليها كثير من المشكلات الصحية والاجتماعية والمعيشية والاقتصادية. ومن ذلك أن هذه الرعاية المنزلية تؤثر على صحة الأقارب العقلية بنسبة 60% والبدنية بنسبة 28%. كما تستهلك هذه الرعاية نشاط

الأسرة ووقت فراعها بنسبة 35% وتـؤثر علـى رعايتهـا للأطفال بنسبة 34% علاوة على ارتباك نظام الحياة اليومية بالمنزل بنسبة 29%، وتدهور دخل الأسـرة بنـسبة 23% نتيجة للإنفاق على صحة المريض العقلي ورعايتـه. كمـا ترتبك عمالة أفراد الأسرة بنفس النسبة 23% نتيجة لتكريس الوقت والجهد لرعاية المريض على حساب العمل الوظيفي.

وإذا كانت الأسرة تضطلع بالرعاية المنزليـة لمريـضها العقلي وتتجسم في سبيل ذلك الكثير، فإنها من ناحية أخـرى تساعد على نجاح برامج الخدمات الصحية واكتساب عـادات صحية جديدة من خلال حرصها على هيئتها الاجتماعية فـي المجتمع كما هو الحال في باكستان والهند وأمريكا اللاتينية؛ حيث أدخلت الأسر المرحاض رغبة فـي اكتـساب الهيبـة أساسا[430]. وفي مجتمعنا المصري فقد ازدهرت الخـدمات الصحية الرسمية وانتشرت لأن مساعدة الطبيب للمريض في الحالات الحرجة علامة من علامـات الهيبـة الاجتماعيـة؛ إذ هي بالإضافة إلى الاحترام التقليدي، فإن زيارة الطبيـب

([430]) انظر: G. Foster, Traditional Societes, op. cit., p: 49

إلى الفهرس

لبيت المريض دليل على علو شأنه [431]. وفي اليونان عزز التنافس بين العائلات الريفية على الهيبة، والاستعانة المتزايدة بالمستشفيات في حـالات الـولادة والأمـراض الخطيـرة والحرص على الإفادة من الخدمات الصحية كمظهـر مـن مظاهر الهيبة [432].

والواقع أن الأسرة المعاصرة قد تعرضت لمجموعة مـن التغيرات البنائية التي أثرت على خصائصها وطبيعة دورها في تقديم الرعاية الصحية المنزلية لمريضها، ولعـل أهمهـا الانتقال من النمط الممتد إلى النمط النووي، وزيادة الحـراك الجغرافي، وتعدد فرص العمل المتاحة للمـرأة. أمـا أولـى الخصائص فهي الاتجاه نحو النمط النووي، وبالتالي تـذهب بعض الآراء إلى أن الأسرة الممتدة كانت أقدر وأكفـأ فـي الرعاية المنزلية للمريض، بحكـم كثـرة عـددها والتنـوع العمري بين أعضائها، وثراء معرفتهم وخبـراتهم بالـصحة والمرض، ومن ثم فإن هذا التحول يحد من هـذه الرعايـة الجيدة. على حين يرى آخرون أن الأسرة النووية لا تقل شأنًا

([431]) انظر: G. Foster, Traditional Societes, op. cit., p: 49

([432]) انظر: Ibid, the Same page.

إلى الفهرس

عن الأسرة الممتدة في رعاية المريض [433]. ونلاحظ فـي مجتمعنا المصري ما يؤكد الصدق الإمبريقي لهـذا الـرأي؛ حيث تضطلع الأسرة النووية بمهمة الرعايـة باقتـدار، وإن كانت صغيرة الحجم، وتستعين ببعض المؤسسات الـصحية في هذه المهمة. إلا أننا نشهد حاليا نمطًا وسيطًا وجديدا بـين الأسر وهو الأسرة الممتدة المعدلة في الريف بالتحديد، وفي بعض القطاعات الحضرية التي يعيش أبناؤها مستقلين فـي طوابق أو شقق في نفس البيت [434].

وتتمثل الخاصية الثانية في زيادة معدل الحراك الجغرافي للأسرة الحديثة تبعا لمقتضيات التصنيع والتحضر وسياسـة الإسكان. ولعل المدن والضواحي الجديدة في مـصر تؤكـد على أن أعضاء الأسرة حينمـا يتواجـدون معـا، يـزداد استعدادهم للقيام برعاية المريض. وتتمثل ثالثة الخـصائص في زيادة فرص العمل المتاحة للمرأة، ويتجلـى ذلـك فـي ارتفاع نسبة النساء المتزوجات اللائي يعملن بمهـن معينـة

---

(433) انظر: Patrick and Scambler, op. cit, p. 141.

(434) وزارة الصحة، مركز المعلومات والتوثيق، إدارة الإحـصاءات المركزية.

كالتـــدريس والإدارة الحكوميـــة والخدمـــة الاجتماعيـــة والتمريض. فإذا أخذنا مهنة التمريض والزائرات الـصحيات فقط في مصر كمثال، وجدنا أن عدد المسجلين منهـا علـى مستوى الجمهورية يصل إلى 52124 في عام 1984 [435]، مع ملاحظة أن ما يزيد على 90% من هـذه النـسبة مـن الإناث والمتزوجات. ومهما كان دافع المرأة المتزوجة إلـى العمل، فإنه يؤثر على قيامهـا بالرعايـة المنزليـة الكافيـة لمريض الأسرة، والأكثر احتمالاً أنه يتحتم عليها القيام بهـذا الدور شأن ربات البيوت غير العاملات – مهما صاحبه مـن توترات وصراعات الأدوار. وقد حاولنا في الدراسة الميدانية لقاء الضوء على طبيعة الأسرة ونمطها، وأثر ذلـك علـى رعايتها لمريضها، وعلى الخدمة الصحية ككل. علاوة على الكشف عن الفروق بين الأسرة النووية القائمة على الـزواج الأحادي، والأسرة القائمة على تعدد الزوجات، في الخدمـة الصحية.

([435]) راجع كتابنا الأنثروبولوجيا الاجتماعية، نهضة الشرق القـاهرة، 1989 الفصل الخامس.

وفي ضوء ما تقدم، يمكن صياغة المشكلة على نحو آخر، بحيث نبرز طبيعة العلاقة بين الأسـرة والمـرض: أيهمـا المستقل وأيهما التابع، فإذا كان المريض المزمن يؤثر علـى مسلك الأسرة وعلى نوعية حياتها، فإنها تؤثر هي الأخـرى على المريض في مسلكه ونوعية حياته. فهناك من الـشواهد ما يوضح أن بإمكان الأسرة أن تؤثر على كل مـن حـدوث المرض ومجراه ونتيجته النهائية. ومع ذلك فإن الميكانيزمات التي تربط بين خصائص الأسرة والمرض لم تتـضح بعـد. ولكن بعض البحوث ترى أن بناء الأسرة وطبيعة العلاقـات بداخلها تنطوي على أهمية كبرى؛ إذ تلعب هذه العوامل دورا مباشرا أو وسيطًا، كما أنها تمارس تأثيرها على نقاط مختلفة في مسار المرض. وقد يكون موقف الأسرة مثلاً [(436)]:

(أ) يشكل وسيطًا باثولوجيا في حد ذاته.

(ب) يؤثر على فرص الفرد في الاحتكاك بالوسائط التـي تحدث المرض.

([436]) انظر: Patrick and other, op: cit., p: (142).

إلى الفهرس

(ج) يؤثر على فرص حدوث الاضطراب الناجم عن هـذا الاحتكاك.

(د) يؤثر على قوة الاضطراب في الصحة وخطورته.

(ه) يؤثر على إمكانية تلقي العلاج.

(و) يمارس نفوذه على الاستجابة للعلاج.

والجدير بالذكر أنه يحتمل وجود عامل معين قد يـرتبط بعدد من الأمراض، ولكن من خلال ميكانيزمـات مختلفـة. وعلى سبيل المثال فإن فقد أحد الأبوين في مرحلة الطفولة – نتيجة الموت أو الطلاق أو الانفـصال – يـرتبط بحـدوث مرض السل والانتحار والحوادث الخطيرة في حياة الأبنـاء. وقد تؤثر العوامل الأسرية بوضوح – في حالة أمراض السل والسكر – في تقديم الرعاية للمريض، والرغبة الدائمة فـي القيام بالعلاج، أو مدى إتاحة المساعدة الاجتماعية، وتوفيرها له على المدى الطويل. ومن ثم فإن اتجاهات أعضاء الأسرة وردود أفعالهم نحو المريض تتـيح لـه الرعايـة الكافيـة، وتساعده في التغلب على المرض أو العجـز الـذي يعـاني

إلى الفهرس

منه[437]. وإن كان طول فترة العجز سيتوقف علـى المهنـة التي يزاولها المريض، وما تتطلبه مـن متطلبـات جـسمية أو عقلية.

ولعل تلك الأمثلة المختلفة توضح لنا الالتحام بين الأسرة والجماعة القرابية وبين المريض منذ بداية المرض، وحتـى تقرر الجماعة إجـراءات العـلاج ونوعيتـه، والأشـخاص المشاركين فيه. وتدلنا البحوث على أن المريض يعتمد على أسرته وجماعته القرابية في المواسـاة وتخفيـف المعانـاة، وكذلك في المساعدة [438]. ومن ناحية أخرى تشعر الجماعة بأن مرض أي عضو فيهـا يـؤزم جميـع الأعـضاء، وأن التزامهم بالمساعدة واستعدادهم لها تُمثل مقاييس تعبر عـن إحساس الجماعة بالخطر، وخطورة تهديده لكل الأعضاء.

---

(437) انظر: David Mechanic, op. cit., p. (66).

(438) انظر: Margaret Read, op: cit., p: (12).

إلى الفهرس

ثالثًا: سـلوك المـرض وعلاقتـه بالخدمـة الصحية:

إن وجهة النظر الاجتماعية في علم الاجتماع الطبي توجه اهتمامنا أساسا إلى متطلبات حياة الأسرة والعمل والأنـشطة الاجتماعية. وفي هذه الحالة فإن الاهتمام ينصب على تلاؤم الاستجابة الإنسانية مع المتطلبـات الاجتماعيـة، والبيئـات الفيزيقية والاقتصادية [439]. ومن ناحية أخرى فإن النظـرة الاجتماعية تراعي المعايير المرتبطة بالمرض والاسـتجابة له، فالسياق الاجتماعي إذن يحدد الظروف والحالات، التـي يمكن للمريض فيها الإعلان عن مرضـه، والتخفـف مـن مسئولياته والتزاماته العادية، وذلك من خـلال مفهـوم دور المريض [440]، كنمط مثـالي يحـدد تعريفـات المـرض، والخصائص الاجتماعية له، والظروف الملائمة للتعبير عـن المرض، ومسئولية المريض عن سـلوكه فـي الاسـتجابة للمرض.

([439]) انظر: Medicad Sociology, op. cit., p. (62).

([440]) انظر: Talcott Passons, op. cit. p. (434), (437).

وتفترض الدراسة الصحيحة للمريض أن كل فرد يحمـل كلاً من أعراض المرض ونتائجه المؤثرة فيزيقيا وعقليا، كما يحمل مظاهره الطبية والاجتماعيـة. وقـد ركـز علمـاء السلوكيات اهتماماتهم على الجوانب الاجتماعيـة والعقليـة، ولا سيما الأدوار الاجتماعية للمرض [441]، ويعتبـرون أن الجانب الاجتماعي للمرض يمثـل تسلـسلاً زمنيـا Time sequence، مثله في ذلك مثل الجوانب الفيزيقيـة والعقليـة والطبية. وبداية السلسلة هـي الإحـساس بـأول أعـراض المرض، وتمر عبر تطور المرض، وتبلوره، ثم تصل إلـى العمليات الاجتماعية والنفسية التي تطرأ، حتى نـصل إلـى الحلقة النهائية: الشفاء أو الموت.

ويقوم الإنسان المريض بدور خاص ومحدد، فـإذا كـان متوعكًا فحسب، كان هذا الدور عاما وأقل تحديدا من ذلـك الدور الذي يلعبه المريض [442]. والمعروف أن الـسلوكيات الموائمة لدور المريض لا تتمثل ببساطة فـي حالـة الفـرد

([441]) انظـر: George Foster, Medical Anthropology, op. cit. p., (146).

([442]) انظر: J. Folta and E. Deck, op. cit., p. (57).

إلى الفهرس

العضوية فقط، بل تشمل الأنماط السلوكية المكتسبة، والتـي تختلف باختلاف المجتمعات، فالطبيب حين يلاقـي مريـضا فإنه لا يلاقي صفحة بيضاء، وإنما يلاقي شخـصا عـايش ظروفًا صحية خاصة منذ طفولته، وتعلم خلالها الـسلوكيات المناسبة لمثل هذه الظروف، فتعلم مثلاً كيفية تحديد المعـاني الخاصة أو الأنماط الحركية للتعبير عن الألـم، أو اكتـسب كيفية التعبير عن بعض الأعراض المرضية، وكيف يركـز على بعضها دون بعض والأكثر من ذلك أنه تعلم كيف يكون مريضا بطريقة معينة.

ومن ثم فقد صك علماء الاجتماع الطبي "سلوك المرض" sbehavior illness كمصطلح يصفون به تلـك الأفعـال المتسلسلة زمنيا، كما طوروا نماذج للدور ذاته لتساعدهم في تحليلاتهم العلمية، مثل دور الشخص في بداية المرض Sick role ودور المريض فعلاً patient role. غير أن مصطلح سلوك المرض يأتي على رأس المفاهيم التي صكوها، ويعني "الطريقة التي يدرك بهـا الإنـسان بعـض الآلام الأولـى للمرض، ويتعرف على التعب أو على أية علامـة أخـرى

للاعتلال الوظيفي للجسم، ويقيمها، ويتصرف حيالها "[443].
وقد يطرأ سلوك المرض على الإنسان في غياب أدوار بداية الإحساس بالمرض، وأدوار المريض. فالشخص الذي يستيقظ فيفاجأ بوجع في الزور، ينخرط سريعا في سلوك المـرض، فيتعاطى في التو "قرص أسبرين"، أو يلجأ إلى المستـشفى، أو يستدعي طبيبا، وهنا يكون قد اتخذ دور المريض فعلاً.

لقد ابتكر الإنسان منذ القدم وسائل عديدة للتغلـب علـى المرض، ومخاطر الصحة في كل مكان، تلك المخاطر التـي أسهم الإنسان نفسه في صنع بعضها، وكان الـبعض الثـاني نتيجة لازمة للحياة في المدن، علاوة على الـبعض الثالـث الذي احتضنته بيئات بيولوجية، وأوساط فيزيقيـة موبـوءة، لا نحظى بالمقاومة [444]. ولـذلك طـور الإنـسان بعـض الإسعافات الأولية، واستخدم معرفته الإمبريقية المستمدة من المحاولة والخطأ في التغلب على المرض.

([443]) انظر: Medical Anthropology, op. cit., p. (146).

([444]) انظر: Margaret Read, op. cit., p. (7).

إن سلوك المرض إذن هو رد فعل أدركه علماء الاجتماع الطبي من قبل كمظهر مهم فـي تعريـف المـرض، وفـي استجابة المريض للعلاج، وكذلك فقد أدرك علماء السلوكيات التنوع الضخم في الاستجابة للمرض وظروفه. والملاحظ أن الألم يزداد تأثيره على المريض في اللجـوء إلـى الخدمـة الصحية، وفي التعبير عن المرض بشكل يفوق تأثيره علـى الحدوث الفعلي للمرض نفسه [445]، وبالتـالي فـإن سـلوك المرض استجابة تلاؤمية؛ إذ إن الشكوى من المرض الحـاد قد تكون طريقة للتأكيد على المرض ذاته، وعلى طلب العون من خلال العلاقة المقبولة اجتماعيا. وقد أشـار كثيـر مـن المحللين للاستشارات الطبية إلى أن الأعراض الفيزيقية التي يبديها المريض، غالبا ما تخفي وراءها مشكلة وجدانية تدفعه إلى طلب المساعدة الطبية.

ومن هؤلاء المحللين بالنت Balint الذي يؤكد علـى أن تقديم الشكوى الجسمية somatic مقدمة لشكوى من مـشكلة اجتماعية أو نفسية تعد السبب الرئيسي وراء طلب المريض

([445]) انظر: David Mechanic, op. cit., p. (267).

إلى الفهرس

للخدمة الصحية. وقد تعتمد الاستجابة للمؤشـرات الجـسمية على مدى القابلية الاجتماعيـة لتقبـل أنمـاط معينـة مـن الشكاوى[446]. كذلك فقد أشار هارولـدولف Harold Wolf إلى أن الآلام القليلة – في أجزاء معينة من الجـسم – التـي يزداد تكرارها، تُعد أكثر قبولاً ثقافيا، علاوة على أنها مصدر استدرار لعطف الآخرين [447].

إن فكرة الدور الذي يلعبه المريض توضـح أن الحالـة البدنية، وما يصاحبها من سلوك اجتماعي، ليـسا متـوافقين بالضرورة، وقد لا يرغب المريض فـي تـسميته مريـضا لأسباب لا ترتبط حتما بحالته النفسية، وذلك حـين تـصيبه وعكة، أو في حالات الإجهاد، لكي يستفيد – بـدنيا – بـأن يضمن الإفلات من القيود التي تطوقه بها حالة المرض[448]. كذلك فليس لمعظم الأمراض علامة مميزة للشفاء منها، بينما تُعد مراحل النقاهة معروفة اجتماعيا. وقـد تـؤثر ظـروف المريض الشخصية على استعداده للخروج من دائرة المرض

([446]) David Mechanic, Ibid, p. (267).

([447]) Ibid, The same page.

([448]) انظر: Falta and Deck, op. cit., p. (57).

إلى الفهرس

وممارسة نشاطه المعتاد، كما تخضع مـسألة "وضـع حـد للمرض " لعملية من التفاوض الاجتمـاعي بـين المـريض والممارس الطبي. وفي هذا الصدد يقول جاكو Jaco: "عندما يرتبط السلوك بالمرض فإنه سرعان مـا ينـتظم فـي دور اجتماعي، ويصبح دور الشخص المعرض للمـرض – فـي بداية المرض – نموذجا ذا معنى ومعزى لتفاعـل المجتمـع وتواؤمه، مع المخاطر القائمة والمحتملة للمرض "[449].

وقد حاول كثير من العلماء تحديد العوامل المختلفة التـي تؤثر على سلوك المرض ومن هؤلاء بارسـونز Parsons وفوستر Foster وديفيد ميكانيك D. Mechanic وكـوكس Cox وفولكارت Volkart وباتريك Friedson وسـكامبلر Scambler وغيرهم. هذا وقد ركـزت معظـم الدراسـات المتاحة على دور العامل النفسي في سلوك المرض، وأبرزت دوره من عدة وجوه، وكيف أنه يـدفع المـريض إلـى أن يتحاشى تسميته مريضا[450]، بل قد يتفاقم الأمر فـي حالـة

([449]) انظر: G: Foster, Medical Anthropology, op. cit., p. (146).

([450]) انظر: Folta and Deck, op. cit., p. (57).

إلى الفهرس

الإصابة بالمرض العقلي أو العجز والإعاقة. وقد أكدت تلـك الدراسات على أهمية العوامل الثقافية، في تحديـدها لـنمط استجابة الناس للمرض [451]، وفي كيفية تفسير الأعـراض المرضية والشكوى من الألـم وقـد أجـرى زبورفـسكي Zborowski في هذا الصدد دراسة رائدة في عـام 1952، بمدينة نيويورك، ووجد أن المرضى الأمـريكيين القـدامى، أو ذوي الأصول الأيرلندية يبدون الرزانة إزاء الألم، فـإذا اشتد المرض أو زاد الألم كانوا أكثر ميلاً نحو التحلـل مـن صحبة الآخرين [452]، على حين كان المرضى ذوو الأصول الإيطالية أو اليهودية أكثر احتياجا إلى الآخـرين واعتمـادا عليهم، وأكثر ميلاً إلى استجداء عطفهـم لا إلـى الانـزواء عنهم.

كذلك أبرزت تلك الدراسات دور مبحث أعراض المرض symptomatology والمعرفة الطبية في سلوك المـرض. فالأعراض الحادة (كآلام البطن والحمـى) تعتبـر مرضـا، ولذلك تستقطب مزيدا من الاهتمام الطبي، أكثر ممـا تنالـه

([451]) انظر: Caroline Cox, cit., p. (133).

([452]) انظر: Patrick and Scambler, op. cit., p. (48).

إلى الفهرس

الأعراض الأقل خطورة، ولذلك فإن المرض بهذه الحـالات الخطيرة أسرع طلبا للخدمة الصحية. والملاحظ أن سـلوك المرضى يعتمد أساسا على معرفتهم بالأمراض والأعـراض وعلى تمييزهم بين الأمراض الخطيـرة والبـسيطة، وبـين الحالات التي يمكن علاجها، وتلك التـي يـصعب علاجهـا أو يتعذر.

كما ألقت دراسات أخرى (Zola) الضوء علـى نوعيـة الأحداث المرضية Triggers الدافعة إلى الاستشارة الطبية. ويرى زولا أن المريض يتحمل أعراض المرض حينًا مـن الوقت دونما طلب للخدمة الصحية، لذلك فلا بد من حـدوث شيء ما لكي يدفعه إلى موقف الاستشارة الطبية [453]؛ ممـا يؤكد مرة أخرى أن طلب الخدمة الصحية يرتبط إلـى حـد كبير بظروف المريض الشخصية والاجتماعية.

ومن ناحية أخرى فإن ثمة دراسات تالية، تعلي من شـأن الجماعة المرجعية في سلوك المرض، وحث المريض علـى طلب الخدمة الصحية. وعلى سبيل المثال يكون المريض في

([453]) انظر: .Ibid, p. (49)

إلى الفهرس

حاجة إلى الخدمة لعدم معرفتـه بحالتـه هـو أو زمـلاؤه أو أسرته أو أعضاء جماعته المرجعية Lay referral، بينما الطبيب خبير فنـي، يتمتـع بمكانـة ذات صـدق وثبـات نظامي[454] وهو مؤهل خصيصا لمـساعدة المـريض فـي موقف حرج. يمكن القول إذن بـأن مـن النـادر أن يلجـأ المريض إلى الخدمة الصحية دون مناقشة هذا القـرار مـع جماعته المرجعية، أو مع آخرين. وقـد أجـرى ستـشمان Sucthman دراسة على هذا الموضوع، فوجـد أن ثلاثـة أرباع عينة البحث قد ناقشوا أعراض المرض مـع شـخص آخر على الأقل – من الأقارب عادة – قبـل البحـث عـن المساعدة الطبية المتخصصة. ولشد ما كانت دهشة فريدسون Friedson عندما وجد أن للطبيب نفسه نسقًا مرجعيا مهنيـا كما للمرض نسقه المرجعي العامي، وخلص إلى أن العمليـة الكلية للبحث عـن المـساعدة الطبيـة تتـضمن مجموعـة الاستشارات التي يجريها المريض مع الثقات مـن الأسـرة والأقارب وعامة الناس وذوي السلطة، ثم الأطباء في النهاية.

---

(454) انظر: Talcott Parsons op. cit., p. (439).

وثم عامل سادس يؤثر في سـلوك المـرض، وهـو أن "الصحة الجيدة" – كهدف – مسألة نسبية، فإذا كان الأطبـاء يفترضون بل يقطعون – بأن "الـصحة الجيـدة" وصـيانتها أو استعادتها أمر لا ينازع أحد في أولويته، فإن الواقع يؤكـد لنا أنه كثيرا ما يتنحى عن صدارته لأهداف أخرى، وعلـى سبيل المثال فإن المريض ربما أرجأ حاجتـه الملحـة إلـى الخدمة الصحية، ليقدمها إلى أبنائه ويجري لهـم الفحـوص والتحاليل الطبية. ولنأخذ مثالاً آخر أكثر إثارة، وهو أن الأب الصحيح الجسم حينما يتبرع بإحدى كليتيه لأحد أبنائه، فإنـه لا يجهل ما يجره ذلك على صحته من متاعب، بل وما قـد تتعرض له حياته من أخطار، ولكن حياة ابنه وصحته قبـل كل اعتبار بما في ذلك صحته ذاتها.

أما العامل الأخير فهو مدى سهولة الحصول على الخدمة الصحية، فالوصول إليها في يـسر وسـهولة، وتـسهيلات الرعاية الطبية، يعد مدخلاً فعالاً لطلب تلك الخدمات والإفادة منها. وفي عام 1971 رأى تيودور هـارت Tudor Hart، أن ما أسماه بقانون الرعاية الـصحية المعكـوس inverse care low ينطبق أيضا على بريطانيا؛ حيـث إن الإمـداد

بالرعاية يرتبط ارتباطًا عكسيا بالحاجة إليهـا. فالتيـسيرات الطبية المقدمة إلى الفقراء في المناطق الشعبية، أجـود مـن التيسيرات المتاحة للأغنياء من حيـث مقاومتهـا للمـرض والعدوى [455]. على أن هذا الواقع البريطاني معكوس عندنا في مصر تماما: فالخدمات الصحية المتاحة للفقراء بـالريف والأحياء الشعبية في المدن لا تليق بالآدميين سواء في نوعها أو في إمكانياتها بينما نلاحظ أن الخدمات المقدمـة لأبنـاء العاصمة والأحياء الراقية فيها من الأغنياء تزداد جودتها في الكيفية والإمكانيات على حد سواء، وفي الوقت الذي يقدرون فيه – اقتصاديا – على "شراء" أغلى أنواع الخدمات الصحية بالغا ما بلغ الثمن.

ومن كل ما تقدم يتبين لنا مدى اهتمـام علـم الاجتمـاع الطبي بدراسة الاستجابة الاجتماعية والثقافية للصحة علـى السواء، والتركيز بالتالي على تعريفات النـاس للأمـراض واستجاباتهم للأمراض، وآثارها على مسار المرض ونجـاح العلاج، أو التأهيل في حالة الأمراض المزمنة والعجز. ومن

---

(455) انظر: Patrick and Other, op. cit., p. (51).

إلى الفهرس

ثم تطورت أنماط سلوك المرض، ولا سيما لجوء المـريض إلى الطبيب [456]. غير أن أولئك العلماء لم يتناولوا الجوانب الأخرى لعملية اللجوء إلى الخدمة الصحية ذاتها، ابتداء مـن الأنماط الأولية للرعاية الطبية وحتى أكثرها تعقيـدا، ومـن نمط علاجي شعبي إلى آخر، ومن أسلوب علاجي حديث إلى آخر.

وفي محاولة من جانبهما لتوضيح العلاقـة بـين سـلوك المرض واللجوء إلى الخدمة الـصحية، أجـرى ميكانيـك وفولكارت دراستهما التي خلصا فيها إلى أن المرض حينمـا يكون من نوع مألوف يمكن التنبؤ بمساره ومجراه. فإن لجوء المريض إلى الخدمة يعتمد أساسا في هذه الحالة على رغبته المجردة في ذلك، ولكن كلما زادت غرابة الأعراض وصعب التنبؤ بمجراها، فإن دور العوامل الاجتماعيـة فـي إغـراء المريض بالاهتمام الطبي وحثه عليه يصبح أقل أهمية [457]. وهكذا فإن دور التكييف الاجتماعي والثقـافي فـي أنمـاط

([456]) انظر: David Mechanic, op. cit., p. 19.

([457]) انظر: Ibid, p. 263.

الاستجابة للمرض وأنماط سلوكه دور غالب، وإن لم يكـن شاملاً.

وفي النهاية نؤكد على أهمية الوضع الطبقي في سـلوك المرض في مجتمعنا المصري. فالملاحظ أن أبنـاء الطبقـة العليا يحافظون على صحتهم إلى أقصى حد ممكن، فيجرون التحاليل والفحوص الدورية، ويستـشيرون الأطبـاء حـول الأعراض البسيطة والتي لا تمثل مرضا فعليـا وتـساعدهم أوضاعهم الاقتصادية على ذلك. على حين يهمل أبناء الطبقة الدنيا في هذه الإجراءات الوقائية، ولا يعتبرون الأعـراض السريعة أو البسيطة مؤشرات فعلية على المرض، وإذا سببت لهم الألم فإنهم يتحملونه غالبا حتى يزول. وسواء كان الألـم عارضا كالصداع أحيانًا، أو مقدمة لمرض كحرقـان البـول أو المغص الشديد، فإنهم يفتقدون الوعي الصحي، وإن توافر هذا الوعي في بعض الوقت، عجزت أوضاعهم الاقتـصادية عن مواجهة المرض وعلاجه. ولعل دراسـة كـوس koos على الطبقة الاجتماعية وسلوك المرض في نيويورك توضح هذا المعنى؛ حيث كانت الطبقة العليا أكثر ميلاً إلـى تفـسير

الأعراض كمؤشرات للمرض، وأكثر اهتماما بالبحث عـن الخدمة الصحية، من أعضاء الطبقة الدنيا.

***

رابعا: الطبقة الاجتماعية والخدمة الصحية:

تذهب الدراسات الاجتماعية والاقتصادية إلى أن الـصحة تحتل مكانًا بارزا على خريطة التنمية، وترى أن عزلها عن باقي الوسط الاجتماعي الاقتصادي مغالطة كبيرة [(458)]. ولعل علماء الاقتصاد قد أصابوا الحقيقة عنـدما أكـدوا علـى أن الاستثمار في المجال الصحي يعني الاستثمار فـي نوعيـة القوى العاملة المنتجة، ونوعية الناس والنمـو الاقتـصادي؛ إذ تسهم البرامج الصحية في المخرجات الاقتصادية السنوية، وفي رفع القيمة الحالية للعمل والعائد المستقبلي الذي تحققـه فيما بعد.

وتُعد الطبقة الاجتماعية أحد العوامل ذات التـأثير البـالغ على مختلف المستويات الصحية. فالمستوى الطبقي المتوسط للمريض يؤثر على توافر الحد الأدنى للظروف الصحية من

([458]) انظر: John Bryant, op. cit., p: 104.

غذاء كافٍ، وماء وهواء نقيين، وظروف إسكان معقولة بالإضافة إلى قدر كافٍ من الرعاية الصحية [459]. بينما لو كان المستوى الطبقي متدنيا لترتب عليه غذاء غير كاف، وظروف إسكان تجلب المرض، فضلاً عن عدم كفاية الخدمة الصحية العامة المتاحة، والعجز عن تكاليف الخدمة الخاصة.

والواقع أن الاستجابة للمرض تتحدد في ضوء الوضع الاجتماعي الاقتصادي؛ إذ إن الوضع الاجتماعي يحدد سلوك المريض في محافظته عن صحته واستجابته للمرض. وعلى حين يحدد الوضع الاقتصادي إمكانيات الإفادة من سبل العلاج في حالة المرض، وتكاليف المحافظة على الصحة بالنسبة للشخص السليم. والملاحظ بصفة عامة أن اقتصاديات المعيشة بالمجتمعات المتخلفة، تفرز أمراض سوء التغذية والأنيميا ولين العظام وضعف في الجهاز المناعي للجسم[460]. في الوقت الذي تؤدي فيه اقتصاديات المعيشة بالمجتمعات المتقدمة إلى أنواع أخرى من الأمراض كالسكر والسمنة والقلب والسرطان وغيرها.

([459]) انظر: J. Folta and E. Deck. Op. cit., p. 58.

([460]) انظر: David Mechanic, op. cit., p: 57.

إلى الفهرس

وفي هذا الصدد أوضح جونسون Jonnson أن فهم هـذه الأوضاع الاجتماعية الاقتصادية للمرضى، يضع أيدينا على طبيعة الخدمات الصحية العامة والخاصة، ونوعيتها وإمكانية حصول المريض عليها [461]. والمعروف أن الوضع الطبقي يحدد المكانة الاجتماعية لصاحبه ودرجـة تعليمـه وثقافتـه ودخله ومستواه السكني وطريقة حياته.. إلخ. كذلك يحدد هذا الوضع مدى إفادة صاحبه من الخدمة الصحية في الوحـدات الصحية بالريف والمستشفيات بالحضر.

وإذا كانت الصحة والمرض انعكاسا للأوضاع الطبقية في المجتمع، فهل هناك أمراض لصيقة بالطبقات الدنيا، وأخرى وثيقة الصلة بالطبقات العليا من تلك الطبقات؟الواقع إن هناك فعلاً أمراضا معينة تصيب الطبقات الدنيا محـدودة الـدخل كالدرن والسرطان وأمراض المعدة – والمعروف أن الـدرن ينحصر في فئة الفقراء الذين يعيشون فـي ظـل ظـروف اجتماعية سيئة لا تسمح للفرد بـأن يأكـل طعامـا جيـدا، أو يعيش في مكان نظيف، وبالتالي فهو عرضـه للإصـابة

---

(461) انظـر: Roy Acheson & LKesley Aird, Seminars in Community Medicine, op. cit., pp. 1 – 12:

إلى الفهرس

دائما [462]، أما الطبقات العليا، فإنها أسيرة دائما لأمـراض القلب والسكر.

وقد تصدى وليام أوسلرWilliam Osler للإجابة علـى هذا السؤال منذ عام 1912، فبدأ بالتأكيـد علـى أن هنـاك أمراضا للأغنياء، ومنها بالتحديد مرض الـشريان التـاجي للقلب [463]، وهو مرض صار وباء في عصرنا الحاضـر، ودليلاً على أهمية متغير الطبقة الاجتماعيـة فـي المـرض والخدمة الصحية؛ إذ يتسبب وحده في ثلث الوفيات بالولايات المتحدة وما يقرب من ثلثي الوفيات من متوسطي الأعمـار. وتتشابه بنسبة في بريطانيا مع مثيلتها في الولايات المتحـدة. ويرى أوسلر أن مرض القلب كان مقصورا على الطبقـات العليا.

وتشير بعض الدراسات المـصرية إلـى أن الظـروف الاجتماعية كالطبقة الاجتماعية مثلاً تؤثر على صحة الفـرد وسلوكه الصحي، والهجرة، والعمل، والـروتين، والأعبـاء

([462]) ماجدة حافظ، مرجع سبق ذكره، ص (374).

([463]) انظر: M. W. Susser and W: Watson, Sociology in Medicine oxford Uni – Press, London, 1975, p. (131).

الاجتماعية [464]: فالطبقة العليا تنتشر بينها أمراض القلـب وضغط الدم والسرطان وعلـى الـرغم مـن عـدم تـوافر إحصاءات عنها، إلا أن مسئولي وزارة الصحة يعتبرونها من الأسباب المهمة للوفاة في مصر فـي الـسنوات الأخيـرة؛ إذ تسبب الوفاة بأسرع من الأمراض المتوطنة، كما تنتـشر هذه الأمراض بين فئة أصحاب المهن الفنية والعلمية، ولذلك فهي تعد ضريبة تدفعها الطبقات العليا والمجتمعات المتقدمـة عموما، علاوة على أن الظروف الطبقيـة المتدنيـة تجلـب لأصحابها الأمراض العديدة، كالدرن على نحو خاص. وقـد كشفت دراسة ماجدة حافظ عن الأحياء السكنية التي قدم منها المرضى بمستشفيات الصدر بالمرج والعباسية وأدى الـدرن إلى وفاتهم [465]، كشفت عن العلاقة بين المرض والمستوى الطبقي، فقد رجعت الباحثـة إلـى سـجلات الوفـاة بكـلا المستشفيين، فوجدت أن تلك الأحياء تنحصر فـي إمبابـة، وروض الفرج، وشبرا الخيمة، وعرب المحمـدي، وبـاب المتولي، والدرب الأحمـر، وبـاب الـشعرية، والـساحل،

([464]) د. هبة نصار. مرجع سابق، ص (124).

([465]) ماجدة حافظ، مرجع سبق ذكره، ص (374).

والوايلي والشرابية، وبولاق والمطرية، والموسكي، والمرج، والخانكة، وهي أحياء تعكس المستويات الطبقية المتواضـعة للمتوفين بالدرن.

وتتوالى التأكيدات على أن أنماط المرض والوفاة تختلـف اختلافًا جوهريا طبقًا للتفاوت الطبقي، وتبدأ تلك الاختلافـات منذ الميلاد وتستمر على مدى الحياة. وفي ضوء تلك الحقيقة بدأ الكثيرون من العلماء يعيدون النظر تباعا فيما طرحوه من قبل، ومنهم برازرسـتون J. Brotherston عـام 1975، وبلاكستر Blaxter في عام 1976، وموريس Morris عام 1979، وبلاك Black في عـام 1980 [466]، فقـد راجـع هؤلاء أنفسهم بعد المناقشات حول الإحـصاءات والأشـكال التوضيحية لواقع الصحة والمرض، والاحتكام إلـى واقـع التفاوتات الطبقية في أثناء الولادة وما بعدها وفي الطفولـة، ومعدل الوفيات، وصحة الأطفال، ووقايـة الراشـدين مـن المرض.

---

(466) انظر: .Carline Cox, op. cit., p. (81)

إلى الفهرس

وجدير بالذكر أن الوضع الطبقي ذو دلالة جوهرية في تحديد نوع المرض وسلوكه؛ بالإضافة إلى تأثيره الواضح في اللجوء إلى الخدمة الصحية ومدى الطلب عليها. وقد أشارت بعض الدراسات [467] إلى اختلاف سلوك المرض طبقًا لاختلاف الطبقة الاجتماعية بين السكان المتجانسين: فدراسة كوس Earl koos تؤكد على أن أعضاء الطبقة العليا – في مجتمع ريجونفيل بنيويورك – كانوا أكثر ميلاً إلى تفسير الأعراض الخاصة كمؤشر للمرض، من الطبقة الدنيا، وكانوا بالتالي أكثر شغفًا بالبحث عن الخدمة الصحية ورعاية الطبيب.

ومن ناحية أخرى يؤكد تيتمس Titmuss في عام 1963 وعام 1968 على أن أعضاء الطبقة الوسطى أكثر انتفاعا من الخدمات الصحية من أعضاء الطبقة العاملة ويدعم الواقع تلك الاختلافات من جديد: فبينما يبلغ زمن الاستشارة الطبية في ثلاث استشارات الطبقة الوسطى خمس دقائق أو أكثر، فإن زمن مثيلتها لأفراد الطبقة العاملة حوالي دقيقتين ونصف،

([467]) انظر: George Foster, Medical Anthropology, op. cit., p. (147).

إلى الفهرس

على حين تستأثر الطبقة الوسطى تقريبا بكـل الاستـشارات التي تصل إلى ربع الساعة [468].

وامتد اهتمام دراسات علـم الاجتمـاع الطبـي ليتنـاول مضمون الاستشارة الطبية وعلاقته بالوضع الطبقي أيـضا: فمرضى الطبقة العاملة يتحرجون من إثارة قضايا معينة مع الطبيب، في الوقت الذي يلحون عليه بالأسئلة المباشرة حول أشياء وموضوعات لا يعتبرها مناسـبة. وتـدل الدراسـات السابقة (Dunnell & Cartwright, 1972, Cartwright, 1967) على أن أعضاء الطبقة العاملة أكثر ترحيبا وتشجيعا لمناقشة مشكلتهم الشخصية مع طبيبهم مـن أفـراد الطبقـة الوسطى. وقد أوضحت دراسة حديثة نـسبيا أن 76% مـن مرضى الطبقة العاملة و53% من مرضى الطبقة الوسـطى يستطيعون ذلك. وقد أشارت هذه الدراسـات عمومـا إلـى الاختلاف البسيط بين هاتين الطبقتين، ولكنها لم تشر إلى أن نسبة المشكلات الاجتماعية – لا الطبية - تماثلت بينهما عند 13% [469].

([468]) انظر: Acheson and Aird, op. cit., p: (34).

([469]) انظر: Acheson and Aird, op., p. 35.

إلى الفهرس

وحول المرض والوضع الطبقي والخدمة الصحية، وبحث ما بينها من علاقـات أجـرى لـويس Lewis ولوبريتـو Lopreato مقابلات مع 104 أمهات (من الطبقـة الـدنيا)، لدراسة ظروف استخدامهن للوسائل الرشيدة في التعامل مـع أمراض أطفالهن، فوجد الباحثان أن الأمهات اللاتـي لـيس لديهن معلومات طبية ذات قيمة، كـن يـستخدمن الوسـائل الرشيدة، نظرا لاعتقادهن بخطورة المرض وتخـوفهن مـن قصور العلاج الطبي عن الشفاء [470]. وكان هـذا "الرشـد" يرتبط أساسا بمواقف غير محددة، وبالأمراض المزمنة على حين كان استخدامهن للأساليب غير الرشـيدة – الـسحرية وغير الطبية عموما – بمثابة أساليب تواؤمية، تحـاول بهـا الجماعة التكيف مع غموض الموقف وتوتره.

على أن قصور الإحصاءات الطبية حول المرض والطبقة الاجتماعية، يدفعنا إلى الاعتماد علـى معـدلات الوفيـات لتوضيح تلك العلاقة، مع مراعاة أن سائر البدائل لا تـصلح لهذا الغرض. فسجلات الأطباء قاصرة لتبـاين تشخيـصهم

([470]) انظر: David Mechanic, op. cit., p. 90.

للحالة الواحدة، كما أن كل الأمراض لا تعرض بالـضرورة عليهم علاوة على أن المسح عرضـة للـتحفظ، ومعـدلات الوفيات تتجاهل الأمراض الغالبة والقليلـة كالاكتئـاب وآلام المفاصل التي نادرا ما تسبب الوفاة [471].

والواقع أن معدلات الوفاة تبعا لسبب الوفاة تتخـذ شـكلاً خاصا متميزا؛ إذ تكون عبارة عن معـدلات لـسنة معينـة مصنفة حسب الأسباب ومنسوبة لمجموع السكان في منتصف عام أو تحسب لمجموع السكان. والملاحظ أن تبويبات أسباب الوفاة تشير إلى تطوير تسجيل الإحـصاءات. ويـرى لـين سميث أن أمراض القلب والـسرطان وأمـراض الأوعيـة الدموية تأتي على رأس قائمة الأسباب في دول معينة، علـى حين نجد الشيخوخة والتهابات المعدة وأحد الأمراض المعدية تشكل أهم ثلاث فئات لأسباب الوفـاة. ولا تـأتي الملاريـا والأمراض المعدية والطفيلية والسل والالتهاب الرئوي ضمن

([471]) انظر: Patrick and Scambler, op. cit., 117.

إلى الفهرس

الأسباب الثلاثة السابقة إلا في قليل من الدول [472]. وتوضح هذه الحقائق كيف أصبح التحكم في انتشار الأمـراض فـي مختلف أنحاء العالم مسئولية دولية.

ويعتمد هذا الصنف من الدراسات على تحديد طبقي، يأخذ في حسبانه الجوانب الاقتصادية والاجتماعية لمهنة الشخص. ويتضمن التصنيف خمس طبقات أساسية، مع تقسيم الطبقـة الوسطى إلى فئتين هما: فئة ذوي المهارة اليدوية، وفئة غير المهرة. ويوضح الجدول هذه الفئات، مع مراعاة أن المـرأة تحسب ضمن الطبقة الاجتماعية على أساس مهنة الزوج، أما إذا كانت أرملة أو مطلقة فإنها تصنف تبعـا لنـوع عملهـا الخاص [473]. ويمكن توضيح تلـك العلاقـة بـين الطبقـة الاجتماعية والوفاة نتيجة كل الأسباب من عـام 1970 إلـى عام 1972 في بريطانيا على النحو الآتي [474]:

([472]) د. محمد الجوهري ود. عبد ا الخريجي، علم السكان، جـ 1، ط3، دار الثقافة للنشر والتوزيع، القاهرة، 1406هـ، ص ص 127 – 130.

([473]) انظر: Caroline Cox, op. cit., p (81).

([474]) انظر: PaTIRICK AND Scambler, cp. Cit., p. (118).

الطبقة الاجتماعية	معدل المواليد الأحياء	معدل وفيات الرضع	المعدل المقنن للوفيات	
			1: 14 سنة	14: 64 سنة
الذكور:				
الطبقة العليا	9	14	74	77
الطبقة العليا الدنيا	10	15	79	81
الطبقة الوسطى العليا	11	17	95	99
الطبقة الوسطى الدنيا	12	19	98	106
الطبقة الدنيا العليا	13	22	112	114
الطبقة الدنيا الدنيا	17	35	162	137
الإناث:				
الطبقة العليا	9	10	89	82
	10	12	84	87

وقد حسب معدل **المواليد الأحياء** على أساس عدد الوفيات بالنسبة لكل ألف حالة ولادة سواء بقي المولود حيا أو مات بعد الولادة. أما **معـدل وفيات** الرضع فقد حسب على أساس عدد الوفيات في سن سـنة لكـل ألف من المواليد الأحياء.

إلى الفهرس

الطبقة العليا الدنيا	12	12	93	92
الطبقة الوسطى العليا	13	15	93	115
الطبقة الوسطى الدنيا	13	17	120	119
الطبقة الدنيا العليا	18	27	156	135
الطبقة الدنيا الدنيا				

أما العلاقة بين الطبقة الاجتماعية والمـرض مـن كـل الأسباب في عام 1976 ببريطانيا أيضا، فتوضحها معـدلات المرض التالية، موزعة على الطبقات [475]:

الطبقة الاجتماعية	**معدل خطورة المرض**		**معدل أزمان المرض**	
	الذكور	**الإناث**	**الذكور**	**الإناث**
أصحاب المهن الراقية	11	16	80	86
أصحاب الأعمال والمديرون	13	12	121	131
القائمون بالأعمال الوسيطة والتكميلية غير اليدوية.	15	18	149	163
العمالة اليدوية الماهرة ذات	17	16	160	143

---

(475) انظر: Ibid, pp: 119 – 120.

إلى الفهرس

الأهمية الخاصة في الأعمال والمهن غير الراقية. العاملة شبه الماهرة والخدمة الشخصية. العمالة غير الماهرة.	14 22	20 21	178 234	213 299

وهكذا تتضح لنا حدة المرض ومعدلاته، ومقاييس الوفيات العديدة. فتدهور الصحة بين الطبقة العليا يختلف عن نظيره بين الطبقة الدنيا؛ إذ يطرأ هذا التدهور على صحة الناس من كل الأعمار وبين كل من الذكور والإناث. على حين تظهر العلاقة بين الطبقة الاجتماعية والخدمة الصحية من خلال تأمل معدلات الوفاة من مختلف الأسباب لكل ألف من الذكور في سن العمل (15 – 64 سنة). وقد خضعت هذه الأسباب النوعية السبعة للوفاة، للتحقق من طبيعة العلاقة الإحصائية بينها بالنسبة لما يزيد على نصف حالات الوفاة في الجماعة. وتتضح هذه العلاقة بجلاء في كل سبب من الأسباب التفصيلية للوفاة، على الرغم من ضعفها الشديد في حالات الوفاة بسبب مرض شريان القلب وحالات الانتحار، ويمكن توضيح تلك العلاقة بين الطبقة والأسباب الرئيسية للوفاة بين

الذكور في سن العمل ببريطانيا خلال الفترة من عام 1970 إلى عام 1972 كما يلي [476].

ومن الدراسات المركزة دراسة أيرل كـوس Earl koos التي أجراها على جالية ريجونفيل، على مدى أربع سـنوات للتحقق من العلاقة بين الصحة والرعاية الطبية من ناحيـة، وبين الطبقة الاجتماعية من ناحية أخرى [477]. وكان كـوس يجمع المعلومات الميدانية أربع مرات سنويا – وطوال سني الدراسة الأربع – وذلك من خلال 514 أسرة قـسمها إلـى طبقات اجتماعية، هي: الطبقة العليا، والوسطى والدنيا. وقـد بين كوس أن مختلف المرضى من الطبقات الثلاث يميلـون

أسباب الوفاة	الطبقة الاجتماعية					
	العليا	العليا الدنيا	الوسطى العليا	الوسطى الدنيا	الدنيا العليا	الدنيا الدنيا
مرض شريان القلب	88	91	114	107	108	111
سرطان الرئة	65	65	81	102	132	193
	80	86	98	106	111	136
مرض الأوعيـة الدمويـة	36	51	82	113	128	188

(476) انظر: Patrick and Scambler, Ibid, pp. 119 – 120.

(477) انظر: Boek and Boek, op. cit., p: (141).

إلى الفهرس

أسباب الوفاة	الطبقة الاجتماعية					
	العليا	العليا الدنيا	الوسطى العليا	الوسطى الدنيا	الدنيا العليا	الدنيا الدنيا
بالمخ	77	83	86	105	121	174
مرض الالتهاب الشعبي	41	53	78	92	115	195
حوادث السيارات	110	89	113	77	117	184
مرض ذات الرئة						
الانتحار						

وذلك مع مراعاة أن معدلات الوفيات مقننة للذكور فيما بـين 14 – 64 سنة.

إلى البحث عن العلاج واللجوء إلى الخدمة الـصحية فـور ظهور عرض من الأعراض. وناقش المبحوثين عن أي بنـد من بنود قائمة الأعراض التي ذكرها لهم – وهي تتدرج من فقدان الشهية إلى النزيـف الحـاد – تحتـاج إلـى العنايـة الطبية[478]، فأجاب المبحوثون من الطبقـة الـدنيا إجابـات متباينة بشكل واضح تجاه العديد من الأعـراض المـذكورة، على حين أجاب 75% من أعضاء الطبقة العليا بأن كل هذه

(478) انظر: Folta and Deck, op. cit., p. (56).

الأعراض المذكورة تستحق مـنهم البحـث عـن علاجهـا فيما عدا فقدان الشهية وآلام الظهر.

وقد كشف كوس أيضا أن الطبقة الدنيا هي أكثر الطبقات عرضة للأمراض، وأن الطبقة العليا هي أقلها. أمـا الطبقـة الدنيا فكانت أقل الطبقات حظًا من اهتمام الأطباء في الوقـت الذي استأثرت فيه الطبقة العليا بأكبر قـدر مـن الرعايـة الطبية[479]. كذلك أوضحت الدراسة أن 25% من الأمراض التي تصيب الأسر المبحوثة لم تعرض على الأطباء، باعتبار أنها أعراض مؤقتة، أو ليست من الخطورة بالدرجـة التـي تدعو إلى استدعاء الطبيب، فضلاً عن إشفاق الأسر وتحسبها للتكلفة المحتملة للعلاج الطبي، كما تقـف القـيم والعـادات الاجتماعية ضد فكرة توفير العلاج الطبي للمريض.

ويصدق نفس موقف الطبقة الـدنيا هنـا علـى مجتمـع Tzintzuntzan في المكسيك؛ حيث قدمت الحكومة هنـاك برنامجا للصحة العامة يجذب المرضى، ولا سـيما لإجـراء الفحوص والتحاليل الطبية فيما قبل الولادة وما بعدها، وتقديم

---

(479) انظر: Boek and Boek, op. cit., p. (142).

إلى الفهرس

الخدمة الصحية للمرضى مزمني الطبقات الـثلاث: فبينمـا رأت الطبقة العليا أن مثل تلك الأعـراض مـن الخطـورة بالدرجة التي تستدعي الطبيب، لم ير رأيهـا مـن الطبقـة المرض، كل ذلك نظير تكلفة اسمية بسيطة، تحدد طبقًا لنمط المرض. وكانت النتيجة أن بدأ سلطان العوامل الاجتماعيـة والثقافية والنفسية يذوي، وراحت تأثيراتها تتضاءل بالتدريج. كذلك فقد توافرت الخدمات الخاصة على بعد عشرة أميـال، عبر أتوبيس ينقل الجمهور بسهولة إلـى مراكـز الخدمـة الصحية ومع ذلك فقد تردد الكثيرون – برغم اقتناعهم بقيمة الرعاية الطبية – في الإقدام على طلبها، خوفًا مـن التكلفـة غير المحددة، والتي لا يمكن التنبؤ بحجمها [480]، وهكذا بقى القرويون على تعاملهم مع الطب الشعبي سهل التكلفة لعلاج أطفالهم، أضف إلى ذلك أن معظم الأطفال لم يصبحوا بعـد قوة اقتصادية منتجة في الأسرة، يمكن أن تعـوض نفقـات العلاج، فضلاً عن خشية الأبوين من ضـياع الوقـت فـي

([480]) انظـر: G: Foster, Traditional Societies., op: cit., p. (78).

إلى الفهرس

الأتوبيس، ثم في عيادة الطبيب، وربما البقاء في المستـشفى أسبوعا أو أكثر.

وفي المقابلة الثالثة عرض كوس على الأسـر المبحوثـة قائمة تحوي سبعة عشر عرضا مـن أعـراض المـرض، وسألها عما إذا كانت تلك الأعراض تستدعي اهتمام الطبيب وكان من بينها السعال المستمر، وتورم رسـغي القـدمين، وظهور دم في البول. وقام علماء الاجتماع بجامعة ميتشجان بالتعاون مع الأطباء، بصياغة قائمة شبيهة، والتصديق عليها لبيان أي الأعراض المتضمنة فيها يحتاج إلى الرعاية الطبية. وقد أظهرت الإجابات اختلافات واضحة بين الدنيا إلا نـسبة ضئيلة جدا، في الوقت الذي توسطت فيه النسبة بـين أفـراد الطبقة الوسطى [481]. وتعزي تلك الاختلافات إلا التباين بين الطبقات في قسم التعليم، ورصيد الخبرة، والقدرة الاقتصادية على تكاليف العلاج والمعتقدات السائدة، وأخيرا في المعرفة الفعلية بالصحة والمرض.

***

([481]) انظر: Boek and Boek, op. cit., p. (142).

خامسا: البيئة الاجتماعية والخدمة الصحية:

تحاول بعض الدراسات الربط بين أنماط المرض وبين المراحل التاريخية التي مر بها الإنسان، وترى لذلك أن تاريخ الإنسان عبارة عن انتصار تقدمي على المرض [482]، على حين تعارض آراء أخرى هذا الرأي، وترى أن التقدم الطبي وإن كان قد قضى على خطورة بعض الأمراض الفتاكة فيما مضى، إلا أن بعض الأمراض البسيطة صارت أكثر أهمية الآن في إحداث الوفاة. والسبب أن العمليات الاجتماعية والبيولوجية المعقدة قد أخلت بالتوازن بين الإنسان والمرض، ومن هنا اختصت كل مرحلة تطورية بأنماط معينة للمرض.

فهناك الأمراض المعدية التي كانت سائدة في مرحلة ما قبل الزراعة، حينما كان الإنسان يعيش على الصيد وجمع الثمار، وكانت أسباب الوفاة إذ ذاك ترجع أساسا إلى مخاطر البيئة، وحوادث الصيد، والتعرض للطوارئ في الغابات أما مرحلة الزراعة فقد شهدت بدورها أمراضا معدية عديدة،

([482]) انظر: Patrick and Scambler, op. cit., p. (17).

إلى الفهرس

منها ما ينجم عن الهواء كالسل، وما ينتج عن الماء كالكوليرا، وما يسببه الطعام كالدوسنتار وما تنقله الفئران والبعوض كالملاريا والطاعون، بينما تضاءلت خطورة هذه الأمراض خلال القرن العشرين في مرحلة الصناعة، إن لم تكن قد زالت فعلاً كأسباب جوهرية للوفاة، ومع ذلك فقد حلت محلها أمراض فتاكة: كالسرطان وأمراض القلب وغيرها، كما ساعد التطور التكنولوجي في الطب على تراجع الأمراض الوبائية [483]، في الوقت الذي أضحت فيه الأمراض المزمنة على درجة أعلى نسبيا من الأهمية.

والواقع أن الناس يبذلون قصارى جهدهم للسيطرة على البيئة الفيزيقية والاجتماعية التي يعيشون فيها، وفي سبيل ذلك يستخدم المرضى كل الوسائل المتاحة لهم للتحكم في ملابسات المرض وظروفه [484]، ولذلك فإنهم – في مصر مثلاً – يسرعون إلى الخدمات الصحية المتاحة، غير أن توافدهم على الوحدات الصحية أو المستشفيات المركزية بأعداد كبيرة يشكل عبئًا ثقيلاً على القوى الطبية العاملة فيها،

([483]) انظر: Folta and Deck, op. cit., p. (58).

([484]) انظر: David Mechanic, op. cit., p. (91).

إلى الفهرس

ويخلق حالة أزمات دائمة، وطوارئ لا تكاد تنتهي: فالأطباء يعجزون عن فحص كل تلـك الحـالات بدقـة ومتابعتهـا بموضوعية، والفنيون والممرضات لا يـستطيعون تغطيـة احتياجات الرعاية المطلوبة، ناهيك عن ضعف الإمكانيـات والتجهيزات، وحدة المشكلات الإدارية [485]، فـضلاً عـن تشتت جهود طبيب الوحدة الـصحية فـي العمـل الإداري والجوانب التنظيمية لسير العمل، فلا يكاد يجد فرصة للتفرغ لنشاطه الطبي.

وتجدر الإشارة إلى أن العمر المتوقع عند ميلاد الطفل في العالم الثالث يقل كثيرا عن نظيره فـي أوربـا أو أمريكـا الشمالية، ومرد ذلك إلى طبيعة البيئة ومدى ملاءمتها لتكاثر الأمراض المعدية وانتشارها. فالبيئة الاستوائية مرتع لنمـو الحشرات ناقلة الأمراض كـالبعوض (الملاريـا)، وذبـاب "Tsetse" (مرض النوم) كذلك فإن تدني مستوى المعيـشة يسهم في ارتفاع معدلات الوفيات، كما فـي بلـدان أثيوبيـا وبنجلاديش [486]. وتلعب العوامل البيئية – سواء في البيـت

([485]) انظر: Nawal El Messeri, op. cit., p. (15).

([486]) انظر: Patrick and Scambler, op. cit., p. (23).

إلى الفهرس

أو في العمل – دورا خطيرا في التهيئة للإصابة بـالمرض وفي معدل الوفاة: وإذا كانت الظروف البيئية المرتبطة بالفقر تزيد مثلاً من معدل الإصابة بالمرض، فإن كثيرا من أنمـاط المرض الآن ترتبط أساسا بسلوك الفقر وثقافته، ولذلك تركز وسائل الإعلام حاليا على خطورة سـوء التغذيـة، وإدمـان التدخين والكحوليات في إحداث أمـراض القلـب والـسكر وسرطان الرئة وتليف الكبد.

كذلك فإن البيئة الاجتماعية تلعب دورا حيويا فـي نقـل المرض والإصابة به. فالمجتمعات التي تبـيح الاتـصالات والعلاقات الجنسية بين أفرادها، تستشري فيهـا الأمـراض التناسلية [487]. أما الأمراض التي تنتشر فـي مـصر عـن طريق عامل وسيط (كالبراغيث والذباب والبعوض مـثلاً)، فإنها تتأثر بمظاهر البيئة الاجتماعية التي تتيح لهذا الوسـيط أن يرتع فيها بلا رقيب. وما زال الريف المصري يعاني من هذه الوسائل الناقلة للمرض حتى الآن، ولا سيما في البيئات الفقيرة؛ مما يؤدي إلى زيادة الأمراض، وتحميل الوحـدات

---

(487) انظر: Falta and Deck, op. cit., p. (58).

إلى الفهرس

الصحية بالتالي فوق طاقتها، وإهدار الخدمة الـصحية التـي تتيحها.

إن المرض والصحة موضوعان شائعان في كل مجتمعات العالم، ولكن أنماط الأمراض التي تصيب أبناء مجتمع مـا، وإدراكهم لها، ومعالجتهم إياها، تتنوع إلى حد كبير. فمعظـم الأمريكيين يموتون بأمراض القلب، على حين لا تنتشر هذه الأمراض بين هنودمايا Mayan Indians، وإنمـا تنتـشر بينهم أمراض السل والدوسنتاريا [488]. ورغم شيوع المرض والرعاية الصحية، إلا أنهما موضع اختلاف أيضا، وتتنـوع بتنوع البيئات الاجتماعيـة والثقافـات، وإذن فـإن للبيئـة الاجتماعية والثقافية دورا بارزا في الصحة والمرض.

وعلى هذا الأساس تقوم منظمة الصحة العالمية بحمـلات صحية على مستوى العالم الثالث، لمقاومة أمـراض البيئـة كالملاريا. وفي تايوان قامت المنظمة بحملة صـحية لـرش مبيد D.D.T. لقتل البعوض، فهلكت من جـراء ذلـك آلاف

([488]) علي المكاوي، الصحة والظروف البشرية، دراسة نقدية، الكتاب السنوي لعلم الاجتماع، العدد السابع، دار المعارف، القـاهرة، أكتـوبر 1984، ص (327).

القطط في الشوارع، فاستشرت الفئران، وتزايدت أعدادها حتى باتت تهدد المخزون من الغذاء، فلجأت تايوان مرة أخرى إلى شراء القطط لمواجهة خطر الفئران، حتى وصل ثمن الهرة الصغيرة إلى 36 دولارا [489]. أما في البرازيل فقد نظمت الدولة حملة للصحة البيئية لنشر المراحيض في البيوت الريفية بإحدى القرى، ومع ذلك فقد أحجم القرويون عن التعاون مع الحكومة في هذا الشأن، على الرغم مما قدمته من مساعدات. وكشف التحليل عن عدم استقرار البناء الاجتماعي للقرية، وعدم الارتباط بها بالتالي، وإيثار الهجرة منها ما أمكن، ومن هنا فإن فشل البرنامج الصحي لم يكن بسبب عدم تقدير القرويين لمزاياه الصحية التي ستعود عليهم، بقدر ما تسببت فيه العوامل الاجتماعية والثقافية التي غربت عن بال المخططين.

والملاحظ أن البيئة التي تتوافر فيها الخدمات الصحية، ويسهل الحصول عليها بلا مشقة أو مغالاة في الثمن، تتيح الفرصة لمقاومة الأمراض والتغلب عليها، فيتحسن المستوى

([489]) انظر: G: Foster, Traditional Societies, op. cit., p. (100).

إلى الفهرس

الصحي تبعا لذلك: ففي الريف المـصري يتـضح أن بعـد الوحدة الصحية عن قرية معينة وصـعوبة الانتقـال إليهـا، يحول دون إفادة أهلها من الخدمة الصحية التي تقدمها، أمـا لو قربت الوحدة من القرية لتيسر الانتفـاع بخـدماتها [490]، والدليل على ذلك أن بعد قرية "الجفـادون" بمحافظـة بنـي سويف عن الوحدات الصحية في "عزبة بشرى" كان سببا في انصراف الناس عن خدمات الوحدة، في الوقت الذي اقتـرب فيه الحلاقون من نفوس المرضى يطببونهم بمهارة علاجيـة واضحة [491]. كذلك فإن بعد إحـدى القـرى عـن مدينـة "مكسيكوسيتي" في المكسيك قـد حـال دون إفـادة الآبـاء والأطفال من الخـدمات الـصحية بالمدينـة، لمـا تهـدره المواصلات من وقت الآباء، فضلاً عن الانتظار في عيـادة الطبيب، وربما البقـاء فـي المستـشفى لمرافقـة أطفـالهم المحجوزين فيها للعلاج [492]. وفي إنجلترا وويلز، أوضـح

([490]) انظر: Nawal El Messeri, op. cit., p. (10).

([491]) فوزي عبد الرحمن، مرجع سابق، ص 211.

([492]) انظـر: G. Foster, Tradional Societies, op. cit., p. (79).

ويست West ولوي lowe في 1976 أن الخدمات الصحية المتاحة للطفل لا تصادف إقبالاً من الأمهات عليها في منطقة الدراسة، نظرا لبعد المسافة بـين البيـت وبـين المراكـز الصحية[493]. ويزداد الأمر وضوحا في حالة صغار الـسن والمسنين والمعوقين.

وتؤكد الدراسات المتاحة علـى أن المـستوى الـسكني للإنسان له دور كبير في تحديد نمط المرض الذي يـصيبه: فسكان الأحياء الراقية يصابون بأنماط من الأمراض تختلف عن تلك التي تصيب سكان الأحياء الشعبية والفقيـرة [494]. فمرض الدرن في مصر – على سـبيل المثـال – يـصيب الفقراء سكان الأحياء المتخلفة غير الصحية التـي تتكـدس الأسرة فيما في حجرة واحدة، في جو من سوء التغذية، وفقر في الخدمات والمرافق المختلفة [495].

([493]) انظر: Patrick and Scambler, op cit., p . (51).

([494]) انظر: Folta and Deck, op. cit., p. (58).

([495]) ماجدة حافظ، مرجع سابق، ص (374)، ص (374).

سادسا: البنية الاجتماعية والخدمة الصحية:

حاول بعض الباحثين دراسة أيكولوجيا الرعاية الطبيـة، والتحقق من العوامل التي تحكمها. وعلى سبيل المثـال فقـد أجرى جرينبرج Greenberg White ووليامز Williams هذه المحاولة، فاتضح لهما أن 9% فقط مـن الـسكان فـي المجتمع الأمريكي هم الذين يعالجون بالمستشفى في كل شهر تقريبا [496]، غير أننا لا نسلم بهذه النتيجة لأنها تعتمد علـى معايير طبية مهنية في أي مجتمع، وعلى مدى انتشار التأمين الصحي، وعدد الأسرة في المستشفى، وتكامل الإفـادة مـن الخدمات الصحية المتاحة، علاوة على تنوع استخدام الأسرة بين المناطق السكنية في حالات انتشار الأمراض، وإمكانيات المستشفى.. إلخ.

وبمراعاة هذا الاعتبار فإننا نلاحظ تفاوتًا فـي الخـدمات الصحية في المجتمع تبعا لتفاوت البنى الاجتماعية فيه: فهي في البادية تختلف عنها في الحضر، وهي في المدينة تتفـوق عليها في الريف في الحجم والنوع إلى حد كبير. وقد أكد ابن

([496]) انظر: David Mechanic, op. cit., p. (19)

إلى الفهرس

خلدون على التمايز بين البدو والحضر في ضـوء طبيعـة النشاط الاقتصادي والبيئة والشكل المورفولوجي وعـادات الطعام وحياة الدعة أو الكد.. إلخ. وانتهى إلى أن حياة البادية لا تتطلب وجود الطبيب، بينما يتحتم وجوده فـي الحـضر، ليعالج سكانه من آثار التخمة والرفاهية والدعة. ويقول فـي هذا الصدد: "إن البدو أصل للمدن والحضر وسابق عليهما.. وصناعة الطب (الخدمات الصحية) ضـرورية فـي المـدن والأمصار، لما عرف من فائدتها، فإن ثمرتها حفظ الـصحة للأصحاء، ودفع المرض عن المرضـى بالمـداواة، حتـى يحصل لهم البرء من أمراضهم " [497].

والواقع أن البنية الاجتماعية والثقافية للمجتمـع البـدوي تنطوي على أهمية بالغة في مجال الخدمات الصحية؛ إذ يمثل نقصها نوعا من القلق، وبخاصة وأن إهمال المرضـى قـد يؤدي إلى الموت. وعلاوة على ذلك فإن صـعوبة وصـول الخدمة إلى هذه المناطق البدوية النائية، جعل أبناءها يبحثون عن الوسائل الأخرى التي يواجهون بها الأمراض، فمهـروا

([497]) مقدمة ابن خلدون، ط5 دار القلم، بيـروت، 1984، صـفحات 122، 415، 417.

إلى الفهرس

في "طب العرب"، وراحوا يمارسون الكي، والخرت، والخزم والتداوي بالأعشاب [498]. غير أن وصول الوحدات الصحية إلى البادية في مناطق العمران الصحراوية وافتتاح مكاتـب الصحة، وإنشاء المستشفيات العامة والمركزيـة، والمراكـز الطبية، جعل البدو يقبلون علـى الطـب الحـديث لعـلاج الأمراض المتعلقة بالحمل والولادة والعقم، وراحوا يترددون على الصيدليات والمستشفيات، وإن كانت البدوية التي تتقـدم إلى الفحص الطبي أو إجراء الجراحات، تطلب تغطية وجهها في بادية مرسى مطروح [499].

وعلى الجانب الآخر فإن طبيعة حياة البادية – في النقـب مثلاً – وصرامة العلاقة بين الذكر والأنثى، تعرض المـرأة لأمراض لـين العظـام Osteomatlacia نتيجـة للعزلـة المفروضة عليها داخل الخيمة، فتقضي فيها معظم وقتها، فإذا خرجت كان عليها أن تغطي كل جسمها ووجههـا بـالثوب

([498]) د. نبيل صبحي هنا، المجتمعات الصحراوية في الوطن العربـي دار المعارف، القاهرة ط1، 1984، ص (334).

([499]) نفس المصدر السابق، صفحات 108، 131، 231.

إلى الفهرس

والقماش الأسود القاتم [500]، وفي تلك الحالـة لا تتعـرض لأشعة الشمس، ولا تنوع في مصادر الـسعرات الحراريـة، علاوة على افتقار الغـذاء إلـى فيتـامين "أ"، و "د" وإلـى الكالسيوم، ويصبح لين العظام هنـا مـسألة زمـن يقـصر أو يطول. وهذا يـستلزم توعيـة صـحية، وتطـويرا فـي المستويات المعيشية للبدو ولتحقيق الوقايـة اللازمـة مـن المرض، فضلاً عن ضرورة توفير الخدمات الصحية الكثيفة لعلاج الحالات المصابة فعلاً.

أما بالنسبة للمجتمع الريفي فإن الخدمات الصحية تُمثـل نظاما جديدا لم يندمج في نسيجه بعد، ربما بـسبب أسـلوب تقديمها وسلوك القائمين بها، علاوة على تعزيـز العوامـل الاجتماعية والثقافية لهذا التباعد، فالطبيب يبلغ ويغالي فـي أجره بدرجة تعجز دخول القرويين المحدودة عن الوفاء بها، بينما يتقاضى الحلاق قروشًا أو هدايا عينية – كما في حالـة ختان الذكور – أو بعض منتجات البيئة: كالحبوب في موسم الحصاد أو منتجات الألبان. كذلك فإن الوحدة الصحية تخلـو

(500) انظر: Margaret Read, op: cit., p. (13).

من طبيب العظام، والمستشفى المركزي لا يواجـه حـالات الكسور بعناية، ومن هنا يلجأ المرضى إلى المجبراتي بنفس القرية [501]، يضاف إلـى ذلـك أن الإمكانيـات العلاجيـة والدوائية بالوحدات الصحية لا تسمح بتقديم خدمات فعالة في الريف المصري عموما. وهكذا تخلو الساحة أمام الخـدمات غير الرسمية، من التوليد وعلاج الكسور والجـروح وفـتح الخراريج إلى الختان وعلاج "المـرأة" ونقـوس الظهـر.. إلخ[502]، وهكذا تثبت الخـدمات الـصحية غيـر الرسـمية جدارتها بالبقاء في ريفنا المصري، طالما بقيـت الخـدمات الرسمية فيه على وضعها الراهن.

كذلك فإننا نلاحظ أن ضغوط الحياة في المجتمع الحضري تُمثل مصدرا للتوترات النفسية والعـصبية، كمـا تُمـارس الأحداث الاجتماعية الخارجية تأثيرها الواضح على المستوى الصحي لسكان الحضر [503]، ولعل أمراض القلب وارتفـاع ضغط الدم والسرطان وتصلب الشرايين هي أمراض عصر

([501]) فوزي عبد الرحمن، مرجع سابق، صفحات 166، 213.

([502]) انظر: Nawal El Messeri, op. cit., pp. (19 – 33).

([503]) انظر: Patrivk and Scambler. Op. cit., p. (31).

الصناعة والتحضر؛ إذ من المعروف أن صحة الشعب تعكس الأسلوب الذي يختار به معيشته وحياته [504]. وهكذا يصدق قول ابن خلدون بأن طريقة الحياة الحـضرية، والظـروف البيئية الحضرية، تتطلب المزيد من الخدمات الـصحية فـي المدينة على عكس البادية [505]. وتؤكد بعـض الدراسـات الأنثروبولوجية الطبية أن مـريض الحـضر يـذهب إلـى المستشفى من تلقاء نفسه، فتقدم له النصح والعلاج، ويظـل تحت الإشراف الطبي [506] وبالتالي فلـيس هنـاك مجـال للصراع بين الخدمات الصحية الرسمية وغير الرسمية، بـل يتوافد الجمهـور علـى المستـشفيات العامـة والمركزيـة والمتخصصة طلبا للعلاج والخدمة.

والجدير بالذكر أن مورفولوجية المدن وطبيعـة الطـرق وسهولة الانتقال والاتصال بداخلها، ييـسر الوصـول إلـى الخدمة الصحية والحصول عليها، علاوة على أن المستشفيات المركزية والعامة أوفر حظًا وأكثر استئثارا بالإمكانيات الفنية

([504]) انظر: David Mechanic, op. cit., p. (57).

([505]) مقدمة ابن خلدون، مرجع سابق، ص ص (415 – 417).

([506]) انظر: Margaret Read, op. cit., p: (9).

والطبية من الوحدات الصحية؛ مما يتيح لها الفرصة لتقـديم الخدمة بصورة أفضل، وهكذا تتفوق مستشفيات المدن – بكل المقاييس – على الوحدات الريفية.

وتدلنا دراسات الاجتماع الطبي على أن ارتفـاع معـدل الإصابة بمرض السل يرجع إلى التنظيم الاجتماعي المتبـع في المناطق الحـضرية، مـع تطـور الـصناعة بالـشكل الراهن[507]، فالصناعة تستلزم قوى عاملة هاجر معظمها من الريف، واستوطن المدينة، فازدادت الحركات السكانية فـي المجتمعات الآخذة بالتصنيع. وقد أحـدثت تلـك الحركـات تغييرات جذرية في مـستويات المعيـشة، والازدحـام فـي المناطق السكنية والاحتكاك الفيزيقي في نطاق ضيق، وسوء التغذية، وضعف الصحة العامة.

***

سابعا: المدخل الاجتماعي للخدمة الصحية:

تؤكد معظم الدراسات المتاحة على أن للعوامل الاجتماعية دورا بارزا في الصحة والمرض، وفي أسلوب تقديم الخدمة

([507]) انظر: David Mechanic, op. cit., pp. (15-16).

إلى الفهرس

الصحية ذاتها. والدليل على ذلك أن المستوى الطبقي مـثلاً يحدد نوع المرض، ونوع الخدمة الـصحية التـي يتلقاهـا المـريض [508]. كمـا يؤكـد التـراث الـسوسيولوجي والأنثربولوجي والطبي على تأثير العوامل الاجتماعية علـى صحة الإنسان، ولذلك فقد تتبعت الدراسات الحالية جذور تلك العوامل وحاولت رصد آثارها الجوهرية [509]. ومن بين تلك الدراسات دراسة كاسل Cassel تايرولر Tayroler للتأكيد على مدى تأثير التغير الاجتماعي السريع أو العنيـف علـى الصحة، وحاولت دراسات أخـرى البحـث عـن مـصادر الضغوط الاجتماعية، وآثارها على الصحة والمرض، ومـن ذلك دراسة باركس Parkes وزملائه على الأرامل في سـن الخامسة والخمسين فأكثر، للتحقق من تأثير ضغط اجتماعي معين، هو وفاة أحد الأهـل bereavement علـى معـدل الإصابة بالمرض. وأوضحت الدراسة زيادة معدل الإصـابة بأمراض القلب بعد وفاة أحد الأهل بستة أشـهر فقـط [510]،

([508]) انظر: Folta and Deck op. cit., p. (58).

([509]) انظر: Patrick and Scambler, op. cit., p. (30).

([510]) انظر: Patrick and Scambler, bid. P. (32).

وأوضحت دراسة مسحية أخرى أجراها ريز Rees ولوتكينز Lutkins على فاقدي أحد أهلهم بالريف البريطاني، فوجـدا معدلات وفيات أكثر ارتفاعا بالمقارنة بالجماعة الأخرى التي لم تفقد أحد من الأهل. وتتمثل الآثار الباثولوجية لفقد العزيز، في فقدان معنى الحياة، والإحساس بالإحباط، وخسارة عضو في الجماعة يناهض المرض، ويناصر القـدرات التلاؤميـة للتغلب على الأسقام.

والواقع أن الصحة والرعاية الصحية لا يمكن فهمها حق الفهم إلا من خلال وضعها في السياق الاجتمـاعي الأكبـر لمحاولات الإنسان الدائبة التكيف مع شئون حياته، ولذلك فلا مغزى للطب ولا لمهامه العلاجية ما لم نضع في حـساباتنا أهمية العوامل الاجتماعية والنفسية، مثلما نراعـي العوامـل البيولوجية ومعظم النشاط الطبي [511]، وهـذا مـا يؤكـده، بارسونز من أن وجهة النظر الطبية كانت ترد المرض إلـى أسباب فسيولوجية وبيولوجية، ولكن تغيـرت هـذه النظـرة

([511]) انظر: David Mechanic op. cit., p. (2).

إلى الفهرس

بالفعل، وصارت تراعي الأسباب الاجتماعية، كمـا صـار تعريف المرض تعريفًا بيولوجيا واجتماعيا [512].

وإذا كانت الصحة العامة في القرن التاسع عشر تركز في المقام الأول على التطعيم الطبي immunization وتحسين ظروف الصحة العامة والتحكم في الأمراض المعدية، فإنهـا قد صارت الآن أكثر اهتماما بالأمراض المزمنة، ومخـاطر البيئة والتلوث، والممارسـة الـصحية الوقائيـة، والتعلـيم الصحي[513]. وقد أبرزت هذه الاهتمامـات إسـهام علمـاء الاجتماع في المجال الطبي، لا سيما وأن ممارسـة الـصحة العامة تنصب أساسا على إحداث التغيير في البيئة الاجتماعية وفي سلوك الناس، وتجـسد إسـهامهم فـي علـم الأوبئـة الاجتماعي؛ حيث ينظر إلى المرض فـي ضـوء الـسياق الاجتماعي الأيكولوجي الأكبر. فمرض السل علـى سـبيل المثال يعتمد على وسيط ناقـل، وهـو البكتريـا العـضوية bacillus، ولكن تبلور الإصابة به يعتمـد علـى ظـروف اجتماعية عديدة، علاوة على أن قابلية الإصابة به يعتمد على

([512]) انظر: Talcott Parsons, op. cit. p. (431).

([513]) انظر: David Mechanic, op. cit., p. 10, 15:

ظروف اجتماعية عديدة، علاوة على أن قابلية الإصابة قـد تتوقف على خبرة الشخص الاجتماعية الـسابقة، وتعرضـه للوسيط الناقل، ومستوى التغذية، والحالة الـصحية العامـة والحالة النفسية، وهكذا يعد السل مرضا عاكسا لتأثير العوامل الاجتماعية.

لقد أثبت المدخل الاجتماعي للخدمة الصحية أهميته لفهـم طبيعة العلاقة بينه وبين الـصحة والمـرض، فهـو يوجـه اهتمامنا بشكل أساسي إلى متطلبات حياة الأسـرة والعمـل والأنشطة الاجتماعية عموما، كما يلقى ضوءا كافيـا علـى المغزى المهم للتكيف الاجتماعي مع المرض، وينبهنا إلـى ضرورة التسلح بالنظرة الاجتماعية في فهم عوامله وعملياته وآثاره.. إلخ. وبالتالي فإنه ينادي بضرورة تـسلح الأطبـاء بالمعرفة الاجتماعية والحصول على مقررات دراسـية فـي علمي الاجتماع والأنثروبولوجيا، بل إن من الآراء الطبية ما طالب بضرورة التأهيل الاجتماعي للطبيب والممرضة، حتى يفهم كلاهما شبكة العلاقات والأبنية الاجتماعيـة للمؤسـسة

الصحية، وديناميات التفاعل بينهما وبـين المـريض [514].
والواقع أن المسئولين عن التعليم الطبي فـي مـصر بـذلوا محاولات عديدة لتطويره بإدخال العلوم السلوكية والاجتماعية في مناهج كليات الطب ليتعـرف الطبيـب علـى العوامـل المختلفة التي تؤثر في الصحة والمرض، ويـتفهم الطبيعـة الاجتماعية والثقافية للمجتمع الذي يؤدي فيه الخدمة الصحية. وفي هذا الصدد عقدت ندوة الإسكندرية فـي عـام 1977، وندوة الإسماعيلية في عام 1984 لمناقشة نتـائج التطـوير، والمواد التي تدرس للطلاب، والأساليب الملائمة لتدريـسها، وتحديد القائم بالتدريس [515]. والذي يهمنا في هذا المقـام أن التطـوير نجـم عنـه إدخـال علـوم الـنفس والاجتمـاع والأنثروبولوجيا في معظم كليات الطب المـصرية، بـشكل مستقل حينًا (طب القاهرة وعين شـمس وطنطـا) وبـشكل ضمني متكامل حينًا آخر (طب قناة الـسويس) وهـذا هـو الأفضل.

([514]) انظر: Madeleine Leininger, op. cit., p. 149.

([515]) انظر التفاصيل في الفصل الثالث الفقرة "أولاً" عن التعليم الطبي وتطويره.

ويضع المدخل الاجتماعي في اعتباره أيـضا المعـايير المرتبطة بالمرض والاستجابة له. فالسياق الاجتماعي يحـدد الظروف والأحوال التي يمكن للمريض فيها الإعـلان عـن مرضه والتخفف من مسئولياته المعتادة بلا حرج [516]. وقد عالج بارسونز مفهوم دور المريض Sick role كنمط مثالي لتحديد الخصائص الاجتماعية للمرض وتعريفاته، وظـروف التعبير المباح عنه، ومسئوليات الاستجابة لـه [517] ويؤكـد الكثيرون على أن تكامل الفرد مع المجتمع المحلي قد يكـون وقاية عامة لصحته، فالجماعات ذات العلاقـات الاجتماعيـة الوثيقة يقل بينها معدل الإصابة بالمرض والوفاة، عن تلـك الجماعات ذات العلاقات الواهية [518]. وبالتالي يعتبر المدخل الاجتماعي شبكة العلاقات الاجتماعية بمثابة وسيط ناقل بين الفرد وبين الوسائط الناقلة للمرض.

وخلاصة القول إن المدخل الاجتماعي يهتم بالعلاقة بـين الصحة والمؤسسات الاجتماعية الأخرى، بمعنـى الاهتمـام

([516]) انظر: Caroline Cox, op. cit., p. 115.

([517]) انظر: Talcott Parsons, op. cit., pp. 440 – 442.

([518]) انظر: Patrick and Scambler, op. cit., p. 38.

إلى الفهرس

بالعلاقات بين المستشفيات والتنظيمات الـصناعية والقـانون وحياة الأسرة ومستواها الطبقي، وبالتي فإنـه يركـز علـى تحديد مدى الدور الذي تلعبه مؤسسات الخدمـة الـصحية، والقوى الطبية العاملة، في الحيـاة الاجتماعيـة للمجتمـع، والحالة الصحية لأعضائه. ولذلك فإن مفهوم الدور يعد واحدا من المفاهيم القليلة، التي تربط بكفاءة بين البناء الاجتمـاعي، والعملية الاجتماعية، والشخصية من جهة، وبـين الخدمـة الصحية من جهة أخرى علاوة على أهمية تعريف المـرض في عملية الضبط الاجتماعي. وفي هذا الصدد يـشير هـذا المدخل أيضا إلى أن وصف الطبيب الدواء للمريض، يفـي بوظائف اجتماعية في الاستشارة الطبية، فقد يصف له الدواء ليرضي توقعاته، ويتكيف مع غموض الحالة المرضية. كذلك تحقق العملية وظيفة التواصل والاحتكـاك بـين اهتمامـات الطبيب ومريضه، كجزء من عملية مـستمرة للتكيـف مـع المرض.

***

ثامنًا: اتخاذ القرار الطبي:

يعد اتخاذ القرار عملية بالغة الأهمية في حياتنا الاجتماعية والثقافية. فهو يوجه مسار علاقاتنا وتفاعلاتنا مع الآخـرين، ويترك بصماته على مؤسساتنا ونظمنا المختلفـة، ويـضفي عليها طابعها المميز. واتخاذ القرار ليس عملية فجائية وليدة اللحظة وإنما هو تعبير عن خلفيات وامتداد المؤثرات وأطر سابقة، نشأ عليها الإنسان وعايشها وتمثلها حتى صار طرفًـا في حوار معها، لا يستقيم أحدهما بدون الآخر [519]. وبالتالي فقرار العلاج أو اللجوء إلى المستشفى مثلاً، لا يصدر مـن فراغ ولا يعدم رد فعل مباشر أو غير مباشر. ويستلزم تناول هذا الموضوع الإشارة إلى ديناميات اتخاذ القرار الطبي عند المريض وجماعته القرابية، وعند الطبيب المعالج هو الآخر. ولكننا سنركز هنا على أولهما – اتخاذ القرار عند المـريض – وندع الثاني، لابتعاده النسبي عن حدود معرفتنا.

([519]) على المكاوي، اتخاذ القرار الأسـري، الكتـاب الـسنوي لعلـم الاجتماع، العدد السادس، دار المعارف. القاهرة، أبريـل 1984، ص ص (467 – 468).

فالشخص الذي يستيقظ من نومه فيفاجأ بآلام في الـزور مثلاً عليه أن يقرر حالاً مـا إذا كـان سـيتعاطى قـرص "أسبرين"، أو يلجأ إلى وحدة صحية أو مستشفى عام، أو حتى يعرض نفسه على طبيب خاص. والواقـع أن هـذه الحالـة تنعكس على بعض أو كل أدوار المريض، وتفـرض علـى سلوك المحيطين به عديدا من المتطلبـات والحاجـات [520]. غير أن المسألة ليست بهذه البساطة؛ إذ إن عمليات البحـث عن المساعدة الطبية، واللجوء إلى الخدمة الـصحية، تعتبـر جزءا من عملية اجتماعية تسمو على أي فهم طبـي مجـرد للموقف فإذا كان لجوء المرضى إلى الخدمة الصحية مرتبطًا بحاجتهم إليها، وخطورة حالاتهم، وتعقد الرعايـة المطلوبـة للعلاج إلا أن اتخاذ القرار بالبحث عن هذه الرعاية واللجوء إليها، وإحالة الأطباء مرضاهم إلى خدمات أكثر تخصـصا، كلها تعتمد على خصائص اجتماعية وثقافية عديدة لكل مـن المرضى والأطباء معا، كما تعتمد على الإمكانيات المتاحـة للخدمة الصحية، ومدى استغلالها، بالإضافة إلـى عوامـل

---

(520) انظر: G. Fosteur, Medical Anthropogy, op. cit., p. (146).

موقفية [521]، وكل مرحلة من هذه المراحل – ابتـداء مـن الإسعافات الأولية، وحتى اللجوء إلى خدمة أكثر تخصصا – مشروطة بشبكات اجتماعية وعلاقات واضحة، تكمن خلـف حاجات المريض الطبية، وتحددها.

وتذهب الدراسات إلى أن الإنسان يعـايش عديـدا مـن الأعراض المرضية، ولكنه لا يتخذ قراره بطلـب الخدمـة الصحية وزيارة الطبيب إلا في العرض الخطير فقط. وقـد أجـــرى Cartwriogt – Morreil, Dunnell, Wadsworth وغيرهم دراسات حول الأعراض التي تذهب بصاحبها إلى الطبيب، وعدد مرات اللجوء إلى الطبيب على مدار العام [522]، فكانت النتيجة أن عرضا واحدا فقط من بين 37، أدى إلى مبادأة المصاب به بزيـارة الطبيـب، كـذلك أوضحت النتائج أن الأعراض القاسية أو الحديثة هي التـي تتلقى الاهتمام الأكبر على نحو ملحوظ؛ مما يؤكد على وجود الهوة الفاصلة بين الحاجة إلى الرعاية الصحية ومتطلباتهـا، وإن كانت أية زيادة في مستوى المطلوب منها ومن الخدمات

([521]) انظر: David Mechanic, op. cit., p. (18).

([522]) انظر: Patick and Scambler, op. cit., p. (43).

الصحية الأولية، سوف ينعكس بالضرورة على المعـروض منها.

إن اتخاذ القرار الطبي عملية معقدة في داخل المجتمعات التقليدية على عكس المجتمعات المتقدمة. ومن واقع حمـلات الصحة العامة يتضح مدى ارتباط اتخاذ القرار وسلطة اتخاذه وتنفيذه، ببناء الأسرة الممتدة، وإذن فليس المريض في حـل من أمره ليتخذ قرارا طبيا، حتى وإن كان من أسرة صغيرة. ومن الأمثلة على ذلك أن الزوج والزوجة عنـد "النافـاهو" لا يملكان وحدهما اتخاذ القرار بدخول المستـشفى مـا لـم تتشاور الأسرة وتتباحث في شكل مؤتمر. وتستشهد مرجريت كلارك M.Clark على نفس الشيء بإحدى القرى الناطقـة بالإسبانية في كاليفورنيا؛ حيث وجدت أن دخول المستـشفى hospitalization هو المرحلة الخطيـرة، وبالتـالي فهـو مشكلة الأسرة مشكلة الفرد [523]. كما يسوق الطبيـب كـيم Y.S.Kim مثالاً من كوريا على أن الطبيب الـذي يتـولى علاج الزوجة المصابة بالسل، ينبغي عليه أن يشرح المشكلة

([523]) انظـر: G. Foster, Traditional Cultures, op. cit., p. 119.

لحمويها (والدي زوجها) اللذين يشغلان موقع السلطة في الأسرة، فليس من حق الزوج اتخاذ قرار دخول زوجته المستشفى. وإذا أصيب طفل بالملاريا، فإن على أمه أن تستأذن حمويها ليصحباه إلى مركز صحة حديث. ومن إحدى القرى الهندية يدلل ماريوت Marriott بمثال آخر، وهو أن والدي فتاة براهمية مصابة بالملاريا، قد سعيا إلى الطبيب واستعطفاه ليصرف لهما "الكينا" لعلاجها. ومع ذلك فإن الفتاة لم تتعاطاه، بسبب اعتراض أكبر أرملة في الأسرة على العلاج.

ومن ناحية أخرى فإننا نلاحظ أن أفعال المرضى وسلوكهم يعتمد غالبا على معرفتهم بالأمراض وإلمامهم بمبحث الأعراض Symptomatology، وقدرتهم على التمييز بين الأعراض الخطيرة والأقل خطورة، والحالات التي يمكن علاجها، والأخرى التي لا يمكن علاجها. والواقع أن القرار الطبي يختلف باختلاف درجة تقدم المجتمع أو تخلفه. فهو في المجتمع المتقدم يعتمد غالبا على الفرد ذاته، في ضوء وعيه الصحي ومعرفته بالأعراض الخطيرة للمرض، والأعراض البسيطة، وحرصه على صحته

والحفاظ عليها. وبالتالي يسارع باتخاذ القرار الطبي بالبحث عن الخدمة الصحية بمجرد ظهور العرض ببساطة شـديدة. وهكذا يتضاءل تأثير شبكة العلاقات الاجتماعيـة المعقـدة، والالتزامات والمسئوليات الاجتماعية في هذا القرار. علـى حين يتضخم هذا التأثير في المجتمعـات المتخلفـة، بحيـث لا يصدر القرار الطبي إلا بعـد سلـسلة مـن الالتزامـات الاجتماعية للفرد نحو جماعتـه، وتحديـد أداء المـسئوليات الاجتماعية في حالة التماس الخدمة الصحية، عـلاوة علـى إقرار الجماعة الاجتماعية بمدى خطورة الأعراض، وتقييمها لأنواع المرض، وتحديدها لنوع المعالج نفسه [524]. وهكـذا يعتبر القرار الطبي أكثر تعقيدا في المجتمعات المتخلفة كمـا رأينا.

وقد قام زولا Zola بدراسة حول توقيت القـرار الطبـي بالتماس الخدمة الصحية، فوجد أن غالبية النـاس يتحملـون أعراض المرض حينًا قبـل اللجـوء إلـى الطبيـب، وأن الأعراض في ذاتها لم تكن كافية للحـث علـى الاستـشارة

([524]) انظر: Margaret Read, op. cit., p. 11.

إلى الفهرس

الطبية، وبالتالي فلا بد من حدوث شيء ما لطلبها [525]. وقد حدد زولا في هذا الصدد خمسة أنمـاط للحـدث Trigger، وهي: حدوث أزمة وفاة في الأسرة، وتـدخل آخـرين فـي العلاقات الاجتماعية أو الشخصية، ووقوع الجزاء والـضغط من الآخرين للحصول على الاستشارة، والتدخل في النـشاط الفيزيقي أو المهني، ومعايشة عرض خطير أفضى بصاحبه إلى الموت، وهكذا يرتبط القرار الطبـي إلـى حـد كبيـر بالظروف الشخصية والاجتماعية للفرد.

وتؤكد دراسـة Suchman عـن الجماعـة المرجعيـة للمريض أن ثلاثة أرباع عينة البحث قد ناقـشوا أعراضـهم المرضية مع شخص آخر على الأقل – من الأقارب عادة – قبل البحث عن المساعدة الطبيـة المتخصـصة [526]. أمـا فريدسون Friedson فقد سلسل مراحل تلك العملية، بدءا من الأقارب الثقات في الأسرة الممتدة، ومن النـاس العـاديين، وذوي السلطة، حتى نصل إلى الأطباء. وفي هـذا المجـال يشير شيف Scheff إلى أن أهمية اتخـاذ القـرار الطبـي

([525]) انظر: Patrick and Scambler, op. cit., p. 49:

([526]) انظر: Patrick and Scambler, ibid, p. (50).

إلى الفهرس

لا تختلف في منطقها عن مهام اتخاذ القرار القانوني أو غيره من القرارات الحيوية الأخرى.

***

الفصل السابع

اقتصاديات الصحة

مقدمة:

ترتبط اقتصاديات الصحة بتطبيق مبادئ التحليل الاقتصادي على مشاكل الصحة، والبرامج والمشاريع التي توضع لحلها. وقد ظهرت في السنوات الأخيرة دراسة اقتصادية الصحة في الدول النامية والمتقدمة على حد سواء، غير أنها تهتم في الدول النامية بمشكلة الفقر وتدهور المستويات المعيشية ومستوى الخدمات الأساسية فيها. وعادة ما تطل علينا من ثنايا هذه الدراسات حلقة مفرغة، مضمونها أن الفقر وتدهور المستويات المعيشية في المجتمع النامي يؤديان إلى انحدار المستوى الصحي لأبنائه، نتيجة انخفاض حجم الإنفاق على الخدمات والبرامج الصحية، ويؤدي ذلك بدوره إلى تدهور المقدرة الإنتاجية "للقوة العاملة"، وانخفاض حجم الناتج النهائي، وزيادة حدة مشكلة الفقر وتدهور مطرد

في المستويات المعيشية للسكان، وهكذا يلتحم طرفا الحلقـة المفرغة.

ومن ناحية أخرى فإن دراسة اقتصاديات الـصحة فـي المجتمعات المتقدمة تهتم بتوزيع إمكانيات الرعاية الـصحية بين القطاعات المختلفة حتى لا يتميز قطاع على قطاع آخر. فما بالنا إذن بتوزيع هذه الإمكانيات الصحية النامية عامـة، ومصر على وجه التحديد؟ إن دراسة هذا الموضـوع فـي مجتمعنا المصري، تستدعي توضيح العلاقة بـين الـصحة والتنمية الاقتصادية، واستعراض دور النشاط العام والخاص في توفير الخدمات الصحية، وإبراز وجهة النظر الاقتصادية للخدمة الصحية. وفي هذا المجال تواجهنـا دائمـا قـضية "قصور الإمكانيات" في التمويل والأجهزة الطبيـة الحديثـة بالذات. إلا أن تأمل هذه القضية على مـستوى المؤسـسات الصحية المختلفة بالريف والبادية والحـضر، يـدفعنا إلـى دحض الادعاء بقصور الإمكانيات الفنية، وتقديم بدائل لحـل مشكلة التمويل لتحسين الخدمة الصحية عموما فـي مـصر، وخصوصا في القطاعين الريفي والبدوي.

وعلى ذلك فسوف يتناول هذا الفصل الموضوعات التالية:

أولاً: نبذة عن علـم الاقتـصاد الـصحي (اقتـصاديات الصحة).

ثانيا: الصحة كعملية استثمارية.

ثالثًا: التفاعل بين الصحة والتنمية الاقتصادية.

رابعا: التحليل الاقتصادي والخدمات الصحية.

خامسا: الخدمات الصحية بين النشاط العام والخاص.

سادسا: رؤية جديدة لاقتصاديات الصحة في مصر.

***

أولاً: نبـذة عـن علـم الاقتـصاد الـصحي (اقتصاديات الصحة):

يـرى الاقتـصاديون أن "علـم الاقتـصاد الـصحي" أو "اقتصاديات الصحة" هو "علم يهدف إلى تطبيق التحليـل الاقتصادي على المشكلات والبرامج الصحية المختلفة" [(527)]، وعلى الرغم من أن هذا المفهوم حديث الظهور فـي الـدول النامية والمتقدمة على السواء، إلا أنه أكثر شمولاً من مفاهيم

([527]) هبة نصار، مرجع سابق، ص (32).

إلى الفهرس

أخرى قريبة مثل "الاقتصاديات الطبية". ذلـك أن الرعايـة الطبية تعتمد في أساسها على وجود ظواهر واضحة تتلخص في وجود سبب ما يؤدي إلى حدوث مرض معين، سواء كان السبب هو "الفيروس" أو "البكتريا" أو الكـسر، ومـا علـى الطبيب سوى الكشف عن سبب المرض والتعامل معه، بينما يعالج علم اقتصاديات الصحة العامة الكيفية التي يـتم بهـا وضع المعايير التي تحدد أولويـات توزيـع المـوارد بـين المشروعات الصحية.

ويحاول هذا العلم الجديد دراسة الاستفادة مـن الخـدمات الصحية في الدول النامية والدول المتقدمة، لتحديد العوامـل التي تؤدي إلى التفاوت في نـسب شـمول المجتمـع بهـذه الخدمات، والأسباب التي تجعل الخدمة تؤتي ثمارهـا علـى الوجه الأكمل، فـأمكن الوصـول إلـى العوامـل المهيئـة أو المساعدة على توسيع نطاق الخدمات الـصحية وزيـادة جدواها [528]، واستطاع دارسو الاقتصاد الصحي – بالتالي – تحديد معدلات الاستفادة المتفاوتة من الخدمات الصحية بشكل

([528]) عامر بن يوسف، مرجع سابق، ص (37).

يكشف عن العوائق الاقتصادية للخدمة، ومدى تفاوت الطلب عليها.

كذلك فإن علم اقتصاديات الصحة يعمـل علـى وضـع معدلات للأداء يمكن بها قيـاس التكلفـة والعائـد للنـشاط الصحي، واستخلاص بعض المؤشرات التي يمكن استخدامها كمقياس للأداء.

ويحتج البعض على مبدأ تطبيق التحليل الاقتصادي علـى إنتاج الخدمات الصحية فالقـضاء علـى المـرض محـض ضرورة إنسانية لا يصح أن تخضع لتقديرات التكلفة والعائد وتخفيف آلام الإنسان ينبغي أن يكون هدفًا فـي حـد ذاتـه، تضؤل بجانبه كل تضحية يقدمها المجتمع سواء كانت تكلفـة مالية أو تسهيلات عينية [529].

وقد يبدو هذا الاعتراض وجيها للوهلة الأولـى، ولكـن يمكن الرد عليه بأن دور عالم الاقتصاد في مجال الخـدمات الصحية هو المقارنة بين السياسات البديلة اللازمة لتحـسين المستوى الصحي للسكان بأقل تكلفة ممكنة، ولا تختلف فـي

([529]) عامر بن يوسف، المرجع السابق، ص (34).

إلى الفهرس

ذلك الخدمات الصحية بصفة خاصة، والخدمات الاجتماعيـة بصفة عامة عن أية سلعة أو خدمة يقوم على إنتاجها القطاع العام [530].

ويدلل "ميردال" G. Myrdal في دراسته للصحة والتنمية في جنوب آسيا، على الدور الهام الذي يقوم به علم الاقتصاد الصحي؛ حيث يكشف لنا عن العلاقة الوثيقة بين الصحة التي تؤثر في العوامل الاجتماعية – الاقتـصادية، وبـين هـذه العوامل "السوسيو اقتصادية" نفسها وتأثيرها على الـصحة، وبالذات فيما يتعلق بالدخل ومستويات المعيـشة، ولا سـيما التغذية. Nutrition فالصحة والتعليم – مثلاً – متـداخلان، والعلاقات بينهما وثيقة [531]: فمقدرة الطفل على اسـتيعاب المواد الدراسية التي تقدم إليه تتوقف على صحته، كمـا أن قدرة الراشدين أنفسهم على استخدام المعرفة والمهارات التي يكتسبونها تتوقف على درجة صلاحيتهم الجسمية والعقلية.

([530]) هبة نصار، مرجع سابق، ص (33).

([531]) John Bryant, Health & the Developing World, Cornell Univ. Press, Ethaca and London, 1969, p. (96).

ويقدم علم الاقتصاد الصحي نماذج عديـدة فـي ضـوء المصطلحات المالية والتمويل منها ما يحدد مجموعـة مـن المدخلات inputs، تعطي دفعات وقائية وخلاقة، وتـنعكس مخرجاتها outputs في شكل تحسن الأحوال الصحية [532]، ومنها نماذج رياضية أخرى تحاول الربط بين الصحة، وبين البيئة الاجتماعية والصحية في الدول النامية [533].

***

ثانيا: الصحة كعملية استثمارية:

تذهب اقتصاديات الصحة إلى التخطيط من أجـل صـحة أفضل، ويستلزم ذلك توافر معلومـات صـادقة مـن كافـة القطاعات الأخرى تخدم استراتيجية واضحة. ومعنى ذلك أن التخطيط يبحث عن السياسات الصحية الملائمة التـي تكفـل زيادة الإنتاج الزراعي، وتحسن التعليم وتطوره، بل واستنفاذ الجماهير العريضة من قبضة الفقر بصفة عامة.

([532]) انظر: Ibid, p, 96.

([533]) عامر بن يوسف، مرجع سابق، ص (34).

إلى الفهرس

وإذا كان علماء الاقتصاد قد انتهجوا مـدخل مخرجـات رأس المال (Capital output approach) نظـرا لتأكيـد معظم الدراسات الاقتصادية على أهمية العلاقة الوثيقة بـين تشكل رأس المال والنمو الاقتصادي في الولايـات المتحـدة وأوربا الغربية، إلا أنهم عادوا من جديد إلى فحص العوامل الأخرى – التي أهملوها من قبل، كالتعليم والصحة والبحـث والتكنولوجيـا والتنظـيم والإدارة.. إلـخ – دون أن يبـدوا استعدادا للتخلي عن نماذج المخرجات الرأسمالية، وبدلاً من ذلك فقد وسعوا من مفهوم "الاسـتثمار الرأسـمالي" ليـشمل الاستثمار في بناء الإنسان [534] investment in man.

ومن الممكن أن نحدد مفهوم الاستثمار في المجال الصحي في ضوء الاستثمار في نوعية الناس. ويرى "جونار ميردال" أن علماء الاقتصاد الذين ركزوا اهتمامهم على الاستثمار في بناء العنصر البشري قد أبرزوا موقع الصحة على خريطـة التنمية وأن عزلوا الصحة – إلى حد ما – عن باقي الوسـط الاجتماعي الاقتصادي. غير أن هناك الكثير مـن الطـرق

([534]) انظر: John Bryant, ibid, p: (98).

إلى الفهرس

والأساليب التي يمكن أن نتعلمها من علماء الاقتصاد وهـي أساليب يستخدمونها في تقيـيم الاسـتثمارات فـي المجـال الصحي، وبمعنى آخر فإننا يمكن أن نستفيد منهم في تقيـيم الرعاية الصحية ووسائلها، وانعكاسات ذلك علـى الـسياسة الاجتماعية [535] والاستثمار في بناء العنصر البشري.

وخلاصة الأمر أن اقتصاديات الصحة تبحث فـي مـدى الإسهام الذي تقدمه التغيرات التي تطرأ على نوعية النـاس في النمو الاقتصادي، وهنا نجد مجالاً لوجهات نظر ثـلاث، وهي [536]:

أولاً: تكاليف تربيب الطفـل، أو تنميـة القـوة العاملـة المنتجة، وهذا هو الاستثمار الذي نخسره عند حدوث الوفـاة في الصغر.

ثانيا: إسهام برامج الصحة في المخرجـات الاقتـصادية السنوية والنمو الاقتصادي.

ثالثًا: القيمة الحالية للعمل المستقبلي الذي يمكن تحققه فيما بعد من خلال البرامج الصحية.

([535]) Talcott Parsons, op. cit., p. 436.
([536]) Bryant, op. cit., p. (105).

إلى الفهرس

أما بالنسبة لوجهة النظر الأولى - وهي تكاليف تربيـب الطفل – فإن علماء الاقتصاد ينظرون إلى الطفل على أنـه مصدر قوة تسمح في المستقبل بتحقيق عائد، وتدخل تكاليف التربية ضمن عملية الاستثمار، كما أن إنتاج الطفل – كإنسان راشد مستقبلاً – يثمر ويسهم بنصيب في الاستثمار.

وعلى سبيل المثال فإن التكاليف الصحية اللازمة لإعـداد وتأهيل عضو في قوة العمل الأمريكية في سن الثامنة عشرة في عام 1960 كانت تقارب ألف دولار ولهذا يمثل الثلاثـة والسبعون مليون عضو في قوة العمل الأمريكية – في نفـس العام – ما يقرب من 73 بليون دولار استثمار.

ويمكن إضافة التكلفة التي تنفق على الشخص في تربيتـه وطفولته، علاوة على تكاليف أخرى ضـمن هـذا الـشكل، ويمكن بالتالي المقارنة بين التكلفـة والعائـد علـى عمليـة الاستثمار من خلال إنتاجية العامل.

ولا شك أن تكلفة تربية الطفل في البلدان المتخلفة تختلف كثيرا عن نظيرتها في البلدان المتقدمة. وليست مشكلة البلدان المتخلفة هي النقص الشديد في الاستثمار ولكنهـا بـالأحرى تتمثل في وجود الكثير من صور الاستثمار غيـر الإنتـاجي

(الاستهلاك بالمعنى الاقتصادي الضيق) [537]، التي تتركـز في مجال التغذية، وتأهيل جيل جديد للعمل المنتج. ومعظـم هذا الاستثمار غير إنتاجي نظرا للمعدلات العالية في الوفـاة والعجز.

وتحاول وجهة النظر الثانية قياس مدى إسهام البـرامج الصحية في المخـرج الـسنوي annual output، والنمـو الاقتصادي. ولكن ثمة مشكلة رئيسية تواجهنا، تتمثـل فـي الكيفية التي تمكننا من قياس نتاج العمل المضاف من خـلال الرعاية الصحية. على أنه من الممكـن أن نلخـص آثـار المرض على كمية العمـل الإنـساني المتاحـة للأغـراض الإنتاجية، في ثلاث نقاط محورية، وهي [538]:

1- حالات الوفاة (فقدان العمال).
2- العجز disability أو الضعف (خسارة وقت العمل).
3- الوهن debility (فقدان المقـدرة الإنتاجيـة أثنـاء العمل).

([537]) انظر: Bryant, op: cit., p: (105).

([538]) انظر: Ibid, The same Page.

وفي ضوء **وجهة النظر الثالثة** يمكننا حساب قيمة العمل المستقبلي المنتظر من خلال البرامج الصحية، فالأشـخاص الذين ينخرطون الآن في العمل طوال السنوات الباقية لهم من عمرهم. أما القيمة الحالية لهذه المكاسب المستقبلية، فـيمكن التعبير عنها كمـصدر قـوة رأسـمالي (capital asset)، فالولايات المتحدة مثلاً تتطلـب تـوفير 820 بليـون دولار لتجني ثمرة تعادل عائدا يحققه إنتاج العمال الإضافيين.

ولا شك في أن هذه المداخل الثلاثة للنظرة إلى "الاستثمار في بناء العنصر البشري" تساعدنا على فهم بعـض الآثـار الاقتصادية للإنفاق على الصحة، غير أنها تعجز فـي نفـس الوقت عن تقديم إرشادات صحيحة لمسئولي الصحة الـذين تقع عليهم مسئولية التخطيط لاستغلال المصادر والإمكانيات النادرة.

ولعل الأداة التحليلية العامة التي يستخدمها علماء الاقتصاد في تقييم البرامج الصحية البديلة في الولايات المتحدة، هـي أسلوب "تحليـل التكلفـة والعائـد" cost – benefit .[539]

([539]) انظر: John Bryant, Ibid, p. (106)

إلى الفهرس

analysis ففي هذا المدخل يمكن حساب معـدلات التكلفـة والعائد في ضوء البرامج البديلة والمتنوعة، التي تزيد فيهـا العوائد عن التكاليف، فتعد أكثر البرامج قبولاً وانتشارا.

وتقاس العوائد بصفة عامة فـي ضـوء عـدد الأحيـاء الأصحاء، وحجم الوقاية مـن العجـز، أو كميـة الخـسارة الاقتصادية التي نجح البرنامج في تلافيها، غيـر أن علمـاء الاقتصاد يفضلون قياس العائد الذي يتمثل في خفض التكلفـة الاقتصادية المرتبطة بالمرضى.

إن مفاهيم تحليل التكلفة والعائد لا تـزال تنطـوي علـى أهمية كبيرة سواء استخدمناها في ضوء بيانات ميدانية دقيقة، أو كانت عاملاً مساعدا "للبداهة في اتخاذ القرارات المتعلقـة ببرامج الصحة.

ولقد وجه فنسنت تايلور Vincent Taylor اهتمامنا إلى ضوابط استخدام المحكات الاقتصادية مثل الاستثمار والعائد كأساس لتحليل التكلفة والعائد في البرامج الصحية، وبخاصة في المجتمع الديمقراطي الذي يعبر فيه الفعل الحكومي عـن

رغبة الجماهير من الناخبين ويحكمه أداؤهم [540]، كما يرى "تايلور".

إن القرارات الخاصة بالرعاية الصحية تنفصل بشكل واع عن قضايا الكسب والخسارة، أما إذا اعتبرنا هذه القـرارات استثمارية فسيصبح مثلنا مثل أب جالس في بيته يحسب العائد الذي سيحققه له ابنه الطفل إذا قدر له البقاء، قبل أن يقدر – أو لا يقدر – ما يدفعه من ثمن للحفاظ علـى حيـاة طفلـه ورعايته وتربيته حتى يحقق عائدا!!، فليس ثمة إذن مكـسب أو ربح من تقديم الرعاية الطبية للأب المسن، ولكن من منـا ينكر الرعاية الصحية حينما نحتاجها؟

وإذا كان الدور المهني للأطباء، ولمقدمي الرعاية الصحية عموما، ينطوي على "إلزام" باعتبار هذا الدور يتضمن "شيئًا ما للبيع" وهو الخدمة الصحية التـي تبـاع للنـاس الـذين يحتاجونها، ويعرفون كيفيـة الحـصول عليهـا [541]، وأن

(540) انظر: John Bryant, Ebid, p. (107).

(541) انظر: Talcott Parsons, op. cit., p. (474).

الرعاية الصحية سلعة تتحكم فيها اعتبـارات الـسوق [542]، وأن الخدمة الصحية سـلعة تخـضع لاعتبـارات العـرض والطلب [543]، وأن الرعاية الصحية أصبحت سـلعة تبـاع وتشترى، وأن التأثيرات المجتمعية تقتـصر – فـي اتخـاذ القرارات حول الرعاية الصحية – علـى أسـاس جـدواها الاقتصادية وعوائدها فقط [544]، إذا كان الأمر كذلك فإن هذه الآراء تدعونا إلى الاعتداد بوجهة نظر "تايلور" حول قصور النظرة إلى القرارات الشخصية المتعلقة بالصحة في ضـوء المحكات الاقتصادية، مثل محكـات رأس المـال البـشري human – capital criteria وينطبق نفس القول أيضا على القرارات الحكومية.

ويبدو أن المقاييس الاقتصادية للفائدة التـي تقـوم علـى اعتبارات رأس المال – البشري، تتنـاقض مـع التقييمـات

([542]) عامر بن يوسف. مرجع سابق، ص (37).

([543]) Caroline Cox, op. cit., p. 117.

([544]) Danld L: Patrick and Graham Scambler, op. cit., p. 181.

الفردية للصحة، وهي تقييمات تعد ضئيلة الأهميـة بالنـسبة لممارسات اتخاذ القرار الحكومي.

ويتضح خطأ هذه الحسابات إذا عرفنا أن الرعاية الطبيـة كانت بمثابة البرنامج الذي فتح الباب على مصراعيه أمـام حكومة الولايات المتحدة لتنفق عليها وتتكفل بها.

ولعل حسابات الاقتصاديين تـرى أن الرعايـة الطبيـة للمسنين فوق الخامسة والستين أمرا ليس على جانب كبيـر من الأهمية، ولكن الـسياسيين يعرفـون أن هـذه الرعايـة لا يجب أن تقتصر أهميتها على الجمهور المتلقي فقط، بـل تمتد أهميتها لتشمل أطفال الجمهور المتلقي، ممن هم في سن التصويت Voting – age، كذلك كان برنـامج صـحة الأم والطفل هو البرنامج الجديد والوحيد الذي قدمتـه الحكومـة الأمريكية عام 1968، حتى وإن لم يكن للنسوة أو الأطفـال كبير أهمية في تلك الحسابات الاقتصادية.

ومن الضروري أن نؤكد على أن حسابات رأس المال – البشري، لا تقدم لنا اتجاها رشيدا فيمـا يخـتص بـالبرامج الصحية التي تقدمها الحكومة لرعاية الفقراء، ومن هنا تتعقد تفسيراتنا لتلك البرامج.

غير أن حسابات الفائدة الاقتـصادية تتـضاءل أهميتهـا بمرور الوقت، فإذا جاز لنا أن نستخدم المفاهيم الاقتـصادية هنا قلنا إن الواجب يحتم إنفاق الحد الأدنى على الفقـراء – وبخاصة أنهم يكسبون أقل المال – في مقابل إنفـاق الحـد الأقصى على الأغنياء.

ولكن الملاحظ حاليا أن البرامج الصحية لخدمة الفقـراء تتزايد، وتحض عليها السياسات والرغبات العامة [545]، هذا علاوة على أن السياسات الصحية تتضمن أساسـا خـدمات صحية مجانية، وهي ذات علاقة وثيقة بالسياسات الاجتماعية والاقتصادية في المجتمعات النامية، كما يتضح من تعريـف السياسات الصحية نفسها باعتبارها "مجموعة السياسات التي تضعها الدولة من أجل تنظيم القطاع الصحي، والذي يشتمل على خدمات صحية مجانية، وتأمين صحي، وخدمات صحية خاصة " [546].

***

([545]) انظر: John Bryant, op. cit., p. (108).

([546]) هبة نصار، مرجع سابق، ص (129).

إلى الفهرس

ثالثًا: التفاعل بين الصحة والتنمية الاقتصادية:

حينما نتناول قضية التنمية في العالم فلا بد لنا أن نبـرز الموقع الذي تحتله الصحة على خريطـة التنميـة. ذلـك أن الصحة لا تنعزل عن سائر عناصر عملية التنمية ولا يـصح إغفالها، نظرا للعلاقة الوثيقة والتفاعل الدينامي بـين صـحة الإنسان صانع التنمية – أو معوق انطلاقهـا – وبـين هـذه التنمية كهدف أسمى يطمح إليه الإنسان وتـنعكس ردودهـا عليه مرة أخرى. إنهما إذن وجهان لعملة واحدة هي الإنسان غاية ووسيلة.

ويتضمن تراث التنمية محـاولات تؤكـد هـذا التفاعـل وتوضحه، ومنها محاولة جونار ميردال الذي درس مشكلات التنمية في جنوب آسيا، فأولى "الصحة" فائق اهتمامه وقـدم في هذا الصدد آراء وطرح أفكارا تنطبق على العالم النـامي كله [547] فأوضح منذ البداية تأثير الـصحة فـي العوامـل الاجتماعية والاقتصادية، وتأثر الصحة ذاتها بهذه العوامـل، وبخاصة ما يتعلق منها بالدخل ومستوى المعيشة ولا سـيما

([547]) انظر: John Bryant, op. cit., p. (96).

إلى الفهرس

التغذية، فالصحة والتعليم مثلاً يصل التفاعل بينهما إلى درجة أن تقدم المتعلم في دراسته رهين بمستواه الصحي، كمـا أن قدرة الراشدين على استخدام المهارات، وتطبيق المعرفة التي يكتسبونها تتوقف على درجة صلاحيتهم الجسمية والعقليـة، هذا علاوة على أن تحسين المـستوى الـصحي وتحـسين الظروف الصحية يتوقف على معرفة النـاس بالممارسـات الصحية واتجاهاتهم نحوها، يضاف إلى ذلك أن المـستويات الصحية والتعليمية معا تعتمدان علـى الوسـط الاجتمـاعي Societal milieu، وبخاصة الاتجاهات والـنظم الـسائدة وعلى ذلك فإن بعض الإصلاحات الحيوية في مجالي الصحة والتعليم بالضرورة إصلاحات اجتماعية في المقام الأول.

وإذا كانت فلسفة التنمية الاقتصادية تركز على الأهميـة المتزايدة للاستثمار في العناصر الطبيعية للنمو القومي، مثل الطرق والسدود والمصانع وغيرها، إلا أنها تتجاهل أهميـة التعليم والصحة، وتخرجهما من دائرة الأهمية فـي فلـسفة التخطيط، يضاف إلى ذلك أن التراث الاقتـصادي وخطـط التنمية كلها قد قامت على أساس نظريات غربية الأصـل – على حد قول ميردال – ولم تكلف نفسها مجرد النظرة النقدية

لتطبيق المفاهيم الغربية والنماذج التحليلية الاقتصادية علـى المجتمعات النامية في جنوب آسيا [548]؛ حيث ارتكزت على مفاهيم رأس المال capital، ومعدل المخرجـات Output ratio وفرضت على الواقع الآسيوي الاتجاه نحو التخطـيط الاقتصادي، الذي يتجاهل كل ما هو غير اقتصادي ويركـز على الاستثمار في رأس المال الطبيعي مـن أجـل التنميـة الاقتصادية.

ومن الواضح أن العلاقة بين الصحة والتنمية الاقتـصادية تزداد توثقًا بحيث تؤكد الارتباط بين القرارات الاقتـصادية النابعة من الخطة الاقتصادية أو السياسة الاقتـصادية مـن جهة، وبين نواحي الحياة الاجتماعيـة مـن جهـة أخـرى، وكلاهمـا يـؤثر بـدوره علـى الـصحة والمـرض فـي المجتمع[549]: فإذا كان المستوى الاقتصادي متدنيا أدى ذلـك إلى انكماش الاستفادة من الخدمات الصحية، علاوة على أن المعوقات الاقتصادية وما يصاحبها من فقر تجعل فرض أي

([548]) د. فوزية رمضان، العوامل الاجتماعية المـؤثرة فـي الـصحة والمرض، مرجع سابق، ص 47.

([549]) عامر بن يوسف، مرجع سابق، ص (37).

رسم – ولو زهيد – على الخدمة الصحية قد يحجب النـاس على الاستفادة منها.

وتقدم الخدمة الصحية مجانًا في كثير من البلدان الناميـة نتيجة للفقر المدقع، فقد يتعـارض الحـصول عليهـا مـع احتياجات الكدح لإعالة الأسرة، كما أن المسافة التي يضطر الفقير المريض إلى عبورها إلى الخدمة الصحية، ربما كانت في كثير من الأحيان حائلاً دون الاستفادة منها، وحصيلة هذا وذاك دائما هي سوء الحالة الصحية للطبقـات الفقيـرة فـي المجتمع، وارتفاع معدلات الوفيـات – ولا سـيما وفيـات الأطفال – ومعدلات الإصابة بالأمراض العقلية والجـسمية، وانخفاض متوسطات الأعمار في الجماعات ذات المـستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض، كما تأكد من ناحية أخرى أن هذه الجماعات أقل من غيرها انتفاعا بالخدمات الـصحية التي يقدمها المجتمع.

وعلى الجانب الآخر للتفاعـل بـين الـصحة والتنميـة الاقتصادية نجد حالات عديدة، تتعـاظم فيهـا الاحتياجـات الصحية، وتظهر فيها المنـافع الاقتـصادية، لدرجـة أنهـا

إلى الفهرس

لا تتعارض أبدا مع حكمة البرنامج الصحي ووجاهته [550].
ففي الفلبين على سبيل المثال كانت نسبة الغياب تبلغ – بين العمال في قوة العمل – في منطقة واحدة 35% بسبب الملاريا، وبعد المبادرة ببرنامج صحي للقضاء على الملاريا وتنفيذه، انخفض معدل الغياب absenteeism إلى أقل من 4%، كما توافرت العمالة بمعدل يتراوح بين 20% إلى 25%، وصارت هذه النسبة متاحة باستمرار للاضطلاع بأية مهام إضافية أو مفاجئة، على نحو لم يكن ميسورا من قبل. أما في هايتي Haiti فقد قدر عدد العمال الذين عادوا إلى أعمالهم – بعد تنفيذ الحملة الصحية للقضاء على الملاريا، وشفائهم – حوالي مائة ألف عامل، كانوا غير قادرين على العمل بسبب المرض.

أما في أثيوبيا فتدل الدراسات على أن السبب الرئيسي للتخلف في المناطق الخصبة بها يتمثل في وجود الملاريا، وبخاصة وأن 60% من المساحة الكلية مليئة بالأودية

([550]) انظر: John Bryant, op: cit., pp. (98 – 99).

إلى الفهرس

الخصيبة والنباتات الخضراء، وكانت المساحة موبوءة فعـلاً بالملاريا بينما كان البعض الآخر معرضا للوباء [551].

وتؤثر الملاريا على الحياة الاقتصادية في الريف عموما، وتعوق التنمية في سائر الميادين الاقتـصادية والاجتماعيـة والصحية، وكلما توسعت أعمال الـري – وهـدفها التنميـة الزراعية – ازدادت خطورة هـذا المـرض لزيـادة نـسبة التعرض للإصابة بازدياد كثافة البعوض الناقـل للملاريـا، وكثافة الحشرات المائية الناقلة "للبلهارسيا" هي الأخرى[552].

وتأتي البلهارسيا بعد الملاريا في الخطورة كمرض طفيلي يهدد الصحة العامة أينما ظهر واستشرى. وتنتشر البلهارسيا أساسا بين جماعات الشباب، وبخاصة أنها تصيب الطفل بها منذ العام الثاني من عمره فقط، وهي تؤثر في كل من النمو الجسمي والعقلي للإنسان، وتحطم القـوى المنتجـة والقـوة

([551]) انظر: Margaret Read, op. cit., p. 6.

([552]) د. نبيل صبحي الطويل، الحرمان والتخلف في ديار المـسلمين، مرجع سابق، ص 114.

الجسمية عند البالغين، وتضعف قدرة الجسم علـى مقاومـة عدوى الأمراض الأخرى [553].

وترتبط البلهارسيا باتساع رقعة الأرض الزراعية والقابلة للزراعة كما في مصر، ولهذا نلاحظ آثارها الخطيرة علـى فلاحي مصر؛ مما يهدد بشكل واضح مقدرتهم على العمـل والإنتاج، وبالتالي تهديد التنمية الاقتصادية؛ إذ إن البلهارسيا مرض مزمن يسبب آلاما وإرهاقًا جسميا للمـريض طـوال حياته، كما يسبب له أمراضا معوية أخرى قد تمتد إلى الرئة والقلب. ويمكن أن يصاب به المرء أكثر من مرة في حياته، طالما ظلت العدوى موجودة، ويمكن أن نتـصور خطورتـه على التنمية إذا علمنا أن المرضى به يفقدون ثلثـي طـاقتهم الإنتاجية [554].

وتشير آخر التقارير إلـى أن عـدد حـالات الإصـابة بالبلهارسيا في العالم قد بلغ مائتين مليون حالة تقريبا.

([553]) انظر: Margaret Read, op. cit., p: 7.

([554]) هبة نصار، مرجع سابق، ص (171).

وفي مصر وصلت نسبة الإصابة بهـذا المـرض عـام 1974 – في بعض المناطق – إلى 22% من السكان، وفي الفيوم بلغت نسبة الإصابة به – في الجهاز البولي – في عام 1968 45.7%، بينما أشار المسح الذي أجري على مـصر عام 1976 إلى أن نسبة الإصابة به في أواسط مـصر قـد بلغت 31%، الأمر الذي يكبد مصر ثلاثمائة مليـون دولار سنويا ما بين برامج صحية لمواجهته وضياع إنتاج [555].

وهكذا اتضح لنا أهمية البرامج الصحية ومدى إسـهامها في عملية التنمية، سواء في قوة العمل (حجم القوة العاملـة) أو النوعية، والدليل على ذلك أن الحركة التقدمية في مجـال التنمية الاقتصادية قد نهضت نتيجة لتزايد المساحات القابلـة للزراعة، ونتيجة للبرامج الصحية كالقضاء على الملاريا بين الناس [556]، ومن هنا فإن البرامج الصحية الناجحة تتجه إلى تغيير الاتجاهات العامة، وتشجيع وتبني التفكير الابتكـاري الذي لا يمكن أن يتوافر عند أناس من المرضى والعجـزة.

([555]) د. نبيل صبحي الطويل، الحرمان والتخلف، مرجع سـابق، ص (113).

([556]) انظر: John Bryant, op. cit., p. (99).

إلى الفهرس

وقد انعكست هذه الآثار الإيجابية للبـرامج الـصحية علـى التنمية.

ومن ناحية أخرى فإن دراسة "أجوير" و"راي" Aguire & Wray التي قاما بها في مجتمع محلي بكولومبيا، قد دلت على أن نسبة الإصابة بسوء التغذيـة بـين الأطفـال دون السادسة قد بلغت 42%، ونسبة الإصابة بالإسـهال 30%، وعند تفحصهما للأسباب الثقافية والاجتماعية والاقتـصادية لسوء التغذية، تبين لهما أن هناك علاقة دراميـة وارتباطـًا وثيقًا بين العوامل التي تؤدي إلى إنفاق جزء قليل من الدخل الفردي على الطعام [557]، واتضح لهمـا كـذلك أن دخـول العمال غير المهرة من الآباء تظل تتناقص بتقدمهم في السن على حين يزداد عدد الأطفال؛ مما يقلل مـن كميـة المـال المنفق على الطعام بالنسبة لكل طفل.

وهكذا تمضي العلاقة بين حجم الإنفاق على الطعام ونوع الغذاء، فكلما نقص الإنفاق على الطعام كلمـا ازدادت نـسبة

([557]) انظر: John Bryant, Ibid, p. (103).

إلى الفهرس

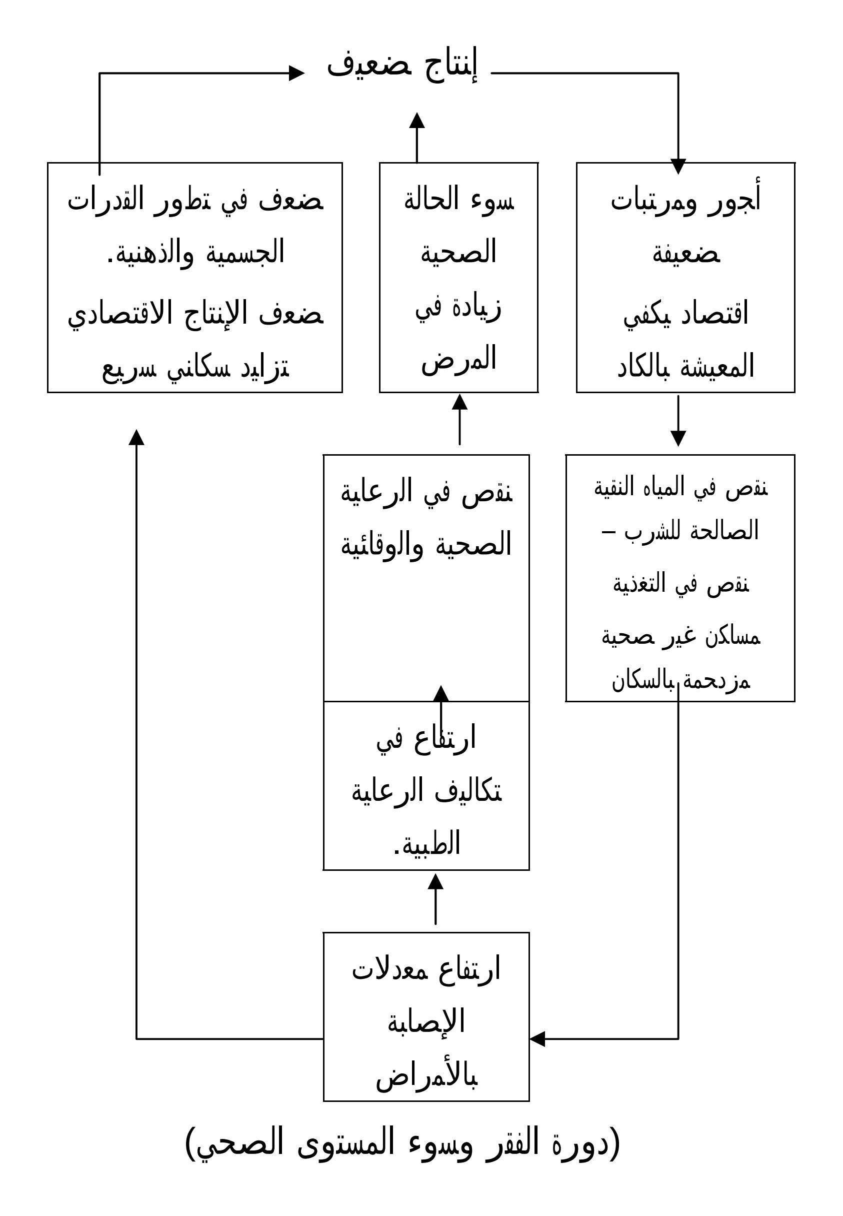
أمراض سوء التغذية بين الأطفال؛ مما يؤثر تأثيرا سلبيا جليا على عملية التنمية الاقتصادية.

وقد عبرت راشيل سبكتور Rachel Spector عن العلاقة بين الفقر، وسوء المستوى الصحي في عام 1979، بوضع تخطيط لدورة تجمع بينهما، وتشمل عديدا من نواحي الحياة الاجتماعية التي ترتبط ارتباطًا مباشرا بالحالة الاقتصادية من ناحية وبالحالة الصحية من ناحية أخرى.

ويوضح الشكل الآتي هذه الدورة [558]:

([558]) نقلاً عن د. فوزية رمضان، مرجع سابق، ص (52).

إلى الفهرس



(دورة الفقر وسوء المستوى الصحي)

كذلك يتضح لنا بجلاء أن الرعاية الصحية إن لم تكن هي المدخل الرئيسي لتنمية المجتمع، فإنهـا علـى الأقـل أحـد المداخل، وأن الحملة – بصفة عامة خير من السكون [559].

ومن هنا فإن اتخاذ قرار حول استخدام الموارد المتاحة فـي البرامج الصحية، يجعلنا نواجه مـستويات اهتمـام عديـدة: أولها: هو مستوى التخطيط القومي، فنعرف مواردنا ونحـدد ما ينبغي إنفاقه على الصحة. وثانيها: يدور حـول القطـاع الصحي ذاته فنعرف الحصة المخصـصة للـصحة ونحـدد أفضل استخدام لها. وثالثها: مستويات أخرى ومنها نعرف ما هو أفضل استخدام للموارد؟.

وتتعدد في المستوى الأول وحده وجهات النظـر حـول العلاقة بين الصحة والتنمية الاقتصادية [560] وفـي داخـل القطاع الصحي فإن الاستخدام الأمثل للموارد يعد الموضوع الرئيسي في التخطيط الصحي، وهذا مجال آخر متداخل مـع مجالات فرعية كالتخطيط لصحة القوى العاملة.

([559]) عامر بن يوسف، مرجع سابق، ص (53).

([560]) انظر: Joyn Bryant, op. cit., : (109).

إلى الفهرس

رابعا: التحليل الاقتصادي والخدمات الصحية:

ينظر عالم الاقتصاد إلى الخدمـة الـصحية علـى أنهـا محكومة بعنصرين أساسيين، هما: الطلب والعـرض [561]، وتذهب التحليلات الاقتصادية إلى أن سوء توزيـع المـوارد النادرة للرعاية الصحية وقلة الإنفاق عليها [562]، وسـيطرة المصالح الخاصة سـواء بالنـسبة للأطبـاء أو للـشركات الصناعية الطبية تؤثر على تحديد طبيعة الأولويات الطبيـة، واستصدار التشريعات المتسقة مع تطلعاتها الخاصة [563] في مقابل تلهف المرضى على الرعاية الصحية والـشفاء... أن كل أولئك وراء اضطراب العلاقة بين العرض والطلب فـي الخدمة الصحية.

ومن ناحية أخرى فإن عديدا من المشكلات الصحية فـي مجتمعنا المصري، تنجم عن قصور في بعـض الخـدمات الأساسية: كالمياه النقية، والـصرف الـصحي، والمـسكن

([561]) هبة نصار، مرجع سابق، ص (68).

([562]) Carline Cox, Sociology, op: cit., p: (11).

([563]) انظر: David Mechanic, op. cit., p. 14.

الملائم؛ مما يعمل على انتشار الأمراض المتوطنة، وعلى رأسها أمراض الجهاز الهضمي وأمراض الجهاز التنفسي، يليها أمراض الجهاز الدوري. وليس ثمة شك في أن هذا الواقع يفرض توافر عرض كاف من الخدمات الصحية لمواجهة الطلب عليها.

ويمكن عرض تحليلات الاقتصاديين للخدمات الصحية على النحو التالي:

أولاً: الطلب على الخدمات الصحية:

ويتمثل الطلب على الرعاية الصحية في الطلب على خدمات القوة العاملة الطبية، وعلى خدمات المرافق الصحية. وهناك مجموعة اعتبارات تحكم عملية الطلب منها [564].

1- الحاجة كأساس للطلب على الخدمات الصحية. والحاجة هنا مفهوم نسبي لا مطلق، ومن هنا كان المدخل الاقتصادي للخدمات الصحية؛ إذ تعد الموارد الاقتصادية نادرة نسبيا لإشباع كافة الاحتياجات الصحية لكل أفراد المجتمع.

([564]) هبة نصار، مرجع سبق ذكره، ص ص (68 – 74).

2- مشكلة فائض الطلب في ظل نظام الإنتـاج العـام للخدمات الصحية؛ حيث تثور هذه المشكلة في حالة توفير الخدمات بدون مقابل نقدي مباشـر يتحملـه المريض في مقابل استفادته من الخدمات الـصحية العامة، إلا أنه يمكن أن يتحمل فترة انتظار طويلـة تفرضها زيادة حجم الطلب عليها عـن المعـروض منها، عند (السعر = صفر).

3- العوامل المؤثرة في الطلب على الخدمات الصحية، وتتحدد في:

(أ) **يؤثر الهيكل السكاني** على الكميـة المطلوبـة مـن الخدمات الصحية؛ إذ إن التغير في هـذا الهيكـل – لصالح الفئات التي تتميز بالاستخدام فـوق المتوسـط للرعاية الصحية مثل كبار السن – يرتب عليه زيـادة الطلب على هذه الخدمات. ومن هنا ظهرت الهيئـات الاجتماعية الخيرية للاضطلاع بقدر من هذه الخدمات المتخصصة [565] كذلك فإن التوزيع النوعي للـسكان

([565]) انظر: Caroline Cox, op. cit., p. 114.

إلى الفهرس

يؤثر هو الآخر في الطلب على الخدمات الصحية؛ حيث يتقارب حجم الطلب في سني العمر الأولى بالنسبة للذكور والإناث، ثم يزداد طلب الإناث عن طلب الذكور في سن الإنجاب، ليتقارب مرة أخرى بعد هذه السن. وعلى هذا الأساس ينبغي أن يزداد حجم الخدمات الصحية المقدمة للقطاعين البدوي والريفي عن القطاع الحضري. ففي هذا القطاع تنتشر الهيئات الخيرية – كالمساجد والكنائس والجمعيات الطبية الدينية المختلفة – التي تقدم خدمات صحية متنوعة بمقابل مقدور عليه غالبا في حين لا يوجد نظيرها في القطاعين البدوي والريفي. ومن ناحية أخرى تجب النظرة العادلة إلى هذين القطاعين في ضوء التوزيع النوعي لسكانهما، خاصة بالنسبة للإناث في سن الإنجاب، والذكور والإناث في سن الشيخوخة. وهذا يستلزم مضاعفة الخدمات الصحية في مجال أمراض النساء والشيخوخة، علاوة على إعادة تشغيل الأقسام الداخلية بالمجموعات الصحية الريفية لزيادة المعروض من الخدمة ليواجه الطلب

إلى الفهرس

المتزايد عليها. ويمثل النساء والمسنون الغالبية العظمى لجمهور طالبي الخدمة عموما.

(ب) **هناك علاقة طردية** بين نسبة المتعلمين إلى مجموع السكان من جهة، والطلب على الخدمات الصحية من جهة أخرى وقد يترتب على انتشار التعليم والتوعية الصحية انخفاض حجم الطلب على الخدمات العلاجية، نتيجة لاتباع الأساليب الصحية السليمة في المأكل والملبس، ولكن ذلك الانخفاض يقابل بارتفاع في حجم الطلب على الخدمات الوقائية؛ مما يرفع في النهاية حجم الطلب الكلي على الخدمات الصحية. ومن هنا يجب تدعيم الخدمات الوقائية في مجتمعنا المصري عموما، وفي القطاعات الريفية والبدوية بنحو خاص. وإذا كنا نلمس حاليا زيادة في هذه الخدمات الوقائية في صورة تطعيم الأطفال والكبار ضد الأمراض الوبائية، إلا أن التطعيم وحده لا يكفي، إذ لا بد أن تساند الأجهزة والمرافق الأخرى بتوفير مياه الشرب الصالحة، والحفاظ على صحة البيئة،

إلى الفهرس

ورفع مستوى المعيشة، وزيـادة الـوعي الـصحي، وتحسين المستوى الغذائي.. إلخ.

(ج) **حدوث تقدم في الأساليب الطبية المـستخدمة، وفـي** تكنولوجيا الطب وتعديل السلوك بالأساليب المـؤثرة والأخرى التكيفيـة [566]، عـلاوة علـى تـسهيلات الاتصال؛ مما قضى على كثير من الأمراض المعدية، وخفض معدل الوفيات، ونسبة المرض بين الـسكان، ولكن ترتب على ذلك التقدم زيادة في حجـم الطلـب على الخدمات الصحية كنتيجة طبيعية لازديـاد ثقـة الجمهور فيها. وهذا يـستلزم توسـيع نطـاق هـذه الخدمات لتعم كل القطاعات الاجتماعية، بمقابل مقدور عليه، حتى لا يعود الناس مرة أخرى إلى الممارسات الطبية الشعبية كالعلاج بالأعشاب والحجامة والكـي والتجبير.. إلخ ولعل حالة بدو سيناء مثال يؤكـد مـا نقول؛ حيث انتشرت الخدمات الصحية وعمـت كـل التجمعات البدوية في أثنـاء الاحـتلال الإسـرائيلي،

---

(566) انظر: David Mechanic, op. cit., p: 11.

فبدأت هذه الممارسات تنزوي حينًا، وتكمن حينًا آخر. ولكن بعد التحرير لم يتوازن العرض مع الطلب على الخدمة الصحية، فعاد معظم البدو إلى الممارسات الشعبية مرة أخرى، وبرز المعتقد الشعبي بعد الكمون عندما تهيأت الظروف لذلك.

(د) **وتؤثر الزيادة في الدخل الفردي** بصورة غير مباشرة على الطلب على الخدمات الصحية، نتيجة للارتفاع العام في مستوى المعيشة، وزيادة الطلب على بعض الخدمات والمواد الوقائية كالفيتامينات مثلاً. وهذا ما نلاحظه في القطاعين البدوي والريفي بمحافظي الجيزة، مجال دراستنا الميدانية. ففي القطاع البدوي ارتفع دخل بعض البدو نتيجة لزيادة النشاط التجاري والزراعي، فتحسن المستوى المعيشي وزاد الطلب على هذه الخدمات العامة والخاصة على السواء. كذلك ارتفع الدخل في القطاع الريفي بين أصحاب الأراضي، ومصانع الطوب والعاملين بها، فارتفع مستواهم المعيشي وزاد طلبهم للخدمات الصحية الخاصة، وإن كان توقف صناعة الطوب والتجريف

إلى الفهرس

قد قللا من ارتفاع الدخل فاتجه هؤلاء إلى الخـدمات المجانية الهزيلة مرة أخرى.

على أن هناك آثارا سلبية يمكن أن تترتب علـى زيـادة الدخل الفردي، نتيجة لزيادة الاستهلاك في بعـض المـواد المضرة بالصحة كالأغذية عالية الدسم مثلاً، أو الإدمان على الكحول والسجائر والمكيفات الأخرى، وهذا يتطلب في بعض الأحيان قدرا أكبر من الرعاية الصحية.

ثانيا: عرض الخدمات الصحية:

تميز دراسات الاقتصاديين بين عرض الفئات المختلفة من القوة العاملة الطبيـة (أطبـاء – ممرضـات – صـيادلة – مساعدين.. إلخ) بقصد تحديد العدد اللازم تأهيله من كل فئة على حدة لإشباع الطلب عليها. وعلى الـرغم مـن زيـادة عرض القوة العاملة الطبية في بعض الدول النامية حاليا، إلا أنه يجب دراسة مدى تناسب معدلات الزيادة في العرض مع معدلات الزيادة في الطلب، عن طريق استخدام المؤشـرات الصحية التي تنسب عرض القوة العاملة الطبية إلـى حجـم

السكان. ويمكن تناول عرض هذه الخـدمات علـى النحـو الآتي[567]:

(أ) **عرض الأطباء:** ويمثل الأطباء العنصر الأساسـي بين عناصر القوة العاملة الطبية. وتفرق الدراسات بين عرض الأطباء في التخصصات المختلفة نتيجة للتخصص الدقيق في مهنة الطب، فقد يكون العدد الكلي للأطباء كافيا لإشباع الطلب علـى الرعايـة الصحية، على حين يوجد نقص في عرض الأطباء في بعض التخصصات الطبية.

ونتيجة لانتشار التعليم والتوعية الصحية في الدول النامية ووجود نظام التأمين الصحي الكامل في الدول المتقدمة، فقـد ازداد الطلب على خدمات الأطباء عاما بعد آخر، الأمر الذي يسبب مشكلة فائض الطلب علـى خـدماتهم، إلا أن هنـاك تسهيلات جديدة تعمل على رفع إنتاجية الطبيب في الوقـت الراهن: كانتشار وسائل الاتصال، وسهولة الانتقال، والتقـدم الفني في صناعة الدواء، وتطور الأساليب والأبحاث الطبية.

([567]) هبة نصار، مرجع سابق، ص ص (77 – 80).

إلى الفهرس

ومما يلاحظ على المستوى العمري للأطباء أن نسبة كبار السن منهم ترتفع بالنظر إلى المجموع الكلي، نظـرا لطـول فترة الدراسة والتأهيل الطبي، علاوة على تفضيل المرضـى التعامل مع الأطباء المسنين من ذوي الخبرة المهنية الفائقة.

وتؤثر العلاقة الخاصة بين الطبيب والمريض على الحجم المستخدم من الخـدمات الـصحية وعلـى عـبء العمـل المخصص لبقية قوة العمل الطبية كالممرضات والمـساعدين والصيادلة؛ أي إن الطبيب هو العنصر المحرك للقوة العاملة الطبية ككل.

(ب) **عرض المستشفيات**[568]: يمكن تقسيم المستشفيات إلى ثلاثة أنواع: المستشفيات الخاصة، والأخـرى الخيرية، أما النـوع الثالـث فهـو المستـشفيات الحكومية.

***

([568]) هناك تفصيل أوسع لهذه النقطة في الفصل الرابع الفقرة (ثانيا).

إلى الفهرس

خامسا: الخـدمات الـصحية بـين النـشاط العـام والخاص:

تشير كثير من الدراسات الحالية إلى أن الخدمة الـصحية سلعة قابلة للبيع والشراء، وتخضع للعرض والطلب، وبالتالي فقد صارت محكات المنفعة هي التي تحكم قـرارات تحديـد أولوياتها في المقام الأول [569].

وتعبر هذه الفكرة عن رأي أصحاب الاتجـاه الماركـسي الذي يتخذ من العوامل الاقتصادية منطلقًا أساسيا في التنظيم والتغير الاجتماعي، ومن بين هؤلاء اهتم نافارو Navarro بدور رأس المال الخاص في تمويل الرعاية الصحية، وتزويد المجتمع بها، وبخاصة في المجتمعات الرأسمالية.

فإذا كانت الرعاية الصحية سلعة، فإن خطورة المعوقـات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والمعيشية بين السكان، تبلغ مداها في غيبة النظام للتأمين الصحي يعمل على توفيرهـا،

([569]) انظر: Caroline Cox, op. cit., p. (117).

ويزداد بالتالي صدق المقولة التي طرحها أفلاطون، مـن أن هناك نوعين من الطب أحدهما للأغنياء والثاني للفقراء [570].

ومرد هذا الصدق أنه حينما تتحكم في الطب اعتبـارات "السوق" فإن التفاوت بين نوعي الطب سيترجم في صـورة تفاوت في مستويات الرعاية الصحية، وبخاصـة أن طالـب الخدمة الصحية يعرض نفسه على أكثر من طبيب، ويظـل ينتقل من الطبيب "أ" إلى الطبيب "ب" فيما يسميه بارسـونز Parsons "بالتسوق هنا وهناك" Shopping around [571] طلبا للعلاج والشفاء، لا سيما أن ظروف التصنيع قد فرضت على الطب اتخاذ شكل بيروقراطي ذي نمو متزايد دائما في بيع منتجاته، واستهلاك خدماته [572]. وبالتالي فإنه بناء على كل هذه المؤشرات فليس هنـاك بـد مـن إزالـة العوائـق الاقتصادية من خلال توفير الرعاية الصحية الحكومية.

([570]) عامر بن يوسف، مرجع سبقت الإشارة إليه، ص (37).

([571]) انظر: Talcott Parsons, The Social System, op. cit., P (438).

([572]) انظر: Patrick and Scambler, op. cit., p. (181).

إلى الفهرس

وينبه أصحاب الاتجاه الماركسي الأذهان إلى أهميـة دور الدولة في إعداد وتمويل الرعاية الصحية، وبالتـالي تـزداد العلاقة المتداخلة بينهما تعقدا وتباينًا من بلد إلى آخـر (573)، ومع ذلك فإنهم لا ينكرون وجود حالات مـشابهة، وأمثلـة متقاربة في كل من المجتمعات الرأسمالية والاشتراكية علـى السواء.

ويقدم دونالد باتريك D.Patrick وجراهام سـكامبلر G. Scambler عديدا من الشواهد المستمدة من كـلا النمطـين حول مدى تعقد العلاقة بين الدولة والرعاية الصحية، ففـي المجتمعات الرأسمالية لا تدرج الأنشطة التي لا تدر عائـدا، أو التي لا يمكن قياسها في ضوء القابلية للربح، فـي سـلم الأولية على المستوى العام، فالتشريع الكفء لحماية عمـال الصحة لن يحظى بالتنفيذ إذا كان يؤثر على مـستوى ربـح المؤسسة وعوائدها (574)، أما على المستوى الخاص فـسوف تتغير علاقة الطبيب بالمريض من علاقة الخدمة والمساعدة،

([573]) انظر: Caroline Cox, op: cit., p (117).

([574]) انظر: D. Patrick and G. Scambler, op. cit., p. (182).

إلى علاقة مادية تحكمها المصالح المادية، وحسابات العائـد المجزي.

والأكثر من ذلك أن الكُتاب الماركسيين قد دعموا فكـرة تدخل الرأسمالية في طريقة تعريف المرض وتشخيصه، فهي – الرأسمالية – تنظر إلى السل مثلاً على أنه " ضعف بنيوي في جسم الشخص" constitutional weakness، بدلاً مـن أن تقر بأنه شيء مرضي ناجم أساسا عـن الفقـر، وسـوء الظروف المعيشية. أما في الوقت الحالي فإننا نعتبر أمراض القلب وسرطان الرئة مشكلات ناجمة عن أسلوب الحياة الذي يعايشه الشخص.

لقد تبنت كل من الحكومات الرأسمالية والاشتراكية عديدا من الاستراتيجيات الطبيـة المتنوعـة، تحـاول بهـا حـل الصراعات القائمة بين الموضوعات والأهداف المتنوعة فكل الحكومات تتمنى بلا ريب توافر قوة عمل صحية وصحيحة الأبدان، ولكنها في الوقت نفسه لا تحبذ المخاطرة بإمكانيات الربح أو بمستويات الإنتاج، أو تتحمل أعباء تكاليف إنـشاء

نظام شامل للرعاية الصحية [575]. وقد تنظر الحكومات إلى مقاييس الصحة الوقائية كموضوع بالغ الأهمية، غيـر أنهـا لا تجرؤ على التضحية بالعوائد المالية التي تدخل خزائنهـا من جراء بيع الطباق والدخان واستهلاك الكحوليات، أو أنها تسهم في انتشار البطالة من خلال تقليـل اسـتهلاك وقـود السيارات.

ومن ناحية أخرى قد تتمنى الحكومات امتصاص الـسخط السياسي عن طريق إقامة نظام للرعاية الـصحية وتمويلـه حكوميا، حتى تصبح الرعاية الصحية في متناول الجميع في كما هو الحال في الولايات المتحدة وبريطانيـا، أو الخدمـة الطبية التعاونية في الصين مثلاً [576]، ولكنها تكتـشف فـي وقت الأزمات أن محاولة إلغاء هذا النظام أو حتـى خفـض تمويله سيصبح مثارا للقلاقل الاجتماعية.

وتحاول الحكومات في نفس الوقت استخدام الخدمة الطبية في السيطرة على الجانحين وضبطهم (كالولايـات المتحـدة

---

(575) انظر: Caroline Cox, op. cit., p. (117).

(576) انظر: Patrick and Scambler, op. cit., p. (183).

وبريطانيا) أو السيطرة على المنشقين السياسيين (كالاتحـاد السوفيتي) أو في ضبط النمو الـسكاني (كالـصين)، ولكـن ينبغي على الحكومات أيضا أن تكـرس المـصادر الطبيـة الأخرى لأولويات أخرى [577].

أما في ظل الدولة الإسلامية إبان العصر العباسـي ومـا تلاه، فقد انتشرت في مختلف أرجاء الإمبراطورية العربيـة الكبرى "بيمارستانات" تقـدم الخـدمات الـصحية للجميـع وبالمجان، وكان الخلفاء والملوك والسلاطين وذوو الحيثيات يتبارون في إقامة البيمارستانات في دور فسيحة ذات عمارة ممتازة، ويشرف عليها "ناظر". أما إدارة أقسام البيمارستانات فكان يتولاها قائم يسمى "سـاغور البيمارسـتان" أي متفقـد المرضى.

ومما يذكر عن بيمارستان قلاوون في "وصف مصر" أنه كان ينفق على كل مريض فيه فـي اليـوم دينـارا، وكـان يخصص له من يقوم على خدمته، وكـان المؤرقـون مـن المرضى يعزلون في قاعة منفردة يشنفون فيها آذانهم بألحان

([577]) انظر: Caroline Cox, op. cit., pp. (117 : 118).

إلى الفهرس

الموسيقى أو ينسلون بسماع القصص. وكان لكل مريض عند خروجه من البيمارستان خمس قطـع مـن الـذهب حتـى لا يضطر إلى العمل الشاق قبل استعادة صحته [578].

ويمكن القول في النهاية بأن دور الدولة في المجال الطبي دور بالغ التعقيد، ومع ذلك يبدو أن الدولـة نفـسها تمتلـك إمكانيات القوة العظمى – بين الطبقات أو جماعات المصلحة المسيطرة داخلها – اللازمة لضبط الرعاية الطبية والـتحكم في شكلها واتجاهها، وهي حقيقة لا يمكن تجاهلهـا حينمـا نستعرض الخدمة الصحية بين النشاطين العام والخاص.

فالقاعدة التي لا جدال حولها هي أن الخـدمات الـصحية خدمات عامة (حكومية) في المقام الأول، وذلك لأن الرغبـة في التمتع بالصحة الجيدة تحتل درجـة عاليـة فـي سـلم الأولويات الشخصية لكل إنسان منا، إن لم تقع بالفعل علـى رأس قائمة الرغبات والأولويات" [579]، ولكن القول بضرورة

([578]) د. محمد كامل حسين وآخرون، الموجز فـي تـاريخ الطـب، مرجع سابق الإشارة إليه، ص ص 230 – 232.

([579]) George Foster, Medical Anthropology, op. cit., p. 148.

الإنتاج العام للخدمات الصحية لا يعني إلغاء الإنتاج الخاص لهذه الخدمات، بل يعني أنه من الضروري أن يحتل النـشاط العام مركز الصدارة في إنتاجها.

ويقدم دارسو اقتصاديات الصحية مبررات قوية لضرورة اضطلاع النشاط العام بالدور الرئيسي في تـوفير الخـدمات الصحية وهي [580].

أولاً: الآثار الخارجية لاستهلاك الخدمات الصحية:

ذلك أنه من المسلم به أن فائدة هذه الخدمات تعود علـى أكبر عدد من المجتمع ففي حالة الأمراض المعدية مثلاً، فإن تطعيم شخص ما – ضد مرض معد سائد – لا تعود عليـه فحسب، بل على عدد كبير من المحيطين به. فلـيس لـدى المريض في غيبوبة المرض – طفلاً كان أو راشـدا – مـا يعلق به على ما يصدر نحوه من أفعال علاجية، وإنما يكون محاطًا بأعضاء أسرته وأصـدقائه غيـر المرضـى [581]، فالعلاقات الوجدانية تتأثر في داخل الأسـرة بمـرض أحـد

([580]) هبة نصار، اقتصاديات الصحة، مرجع سابق، ص (34).

([581]) انظر: Talcatt Passons, op: cit., p: (446).

إلى الفهرس

أعضائها والدليل على ذلك أن أمراض الأطفال مثلاً تكاد الأم تعاني منها أكثر مما يعاني المريض نفسه، ويـصبح لقـب المريض الطفل بين أفراد الأسرة: مريـضنا our Patient ومريضي my Patient [582].

ومن ناحية أخرى فإن توفير القدر الكافي مـن الرعايـة الصحية للفئات محدودة الـدخل يعـود بالفائـدة والمنفعـة الخارجية على بقية الأفراد لما يترتب عليه من القضاء على مظاهر عديدة للمرض في المجتمع، وزيادة في إنتاجية القوة العاملة.

ثانيا: عدم كفاءة الـسوق فـي تـوفير الخـدمات الصحية:

وتتلخص مبررات عدم الكفاءة فيما يلي [583]:

(أ) عدم العلم بمجريات السوق في مجـال الخـدمات الصحية:

([582]) انظر: Talcott Passons, Ibid, p. (447).

([583]) هبة نصار، مرجع سابق، ص (39).

إلى الفهرس

ذلك أن العلم بها شرط أساسي لتحقيق ظروف المنافسة الكاملة، ولكن المعلومات في مجال الخدمات الصحية تتميز بأنها غير متوافرة للمريض بالدرجة المتاحة للطبيب.

فإذا كان للمستهلك أن يحصل على كافة المعلومات الخاصة بالسلع الأخرى من السوق؛ مما يساعده على المقارنة بينها وبين تفضيلاته الخاصة، فإنه – في مجال الخدمة الصحية – ليس على علم مسبق بنوعية الرعاية التي سيحصل عليها، ولا يستطيع الإلمام بظروف السوق، ولا حتى التعلم من تجارب الآخرين، إن الطبيب فقط هو الذي يعلم مدى جدوى الأساليب الطبية المختلفة في كل حالة مرضية، حتى أن البعض يصف الطلب على الرعاية الطبية بأنه طلب على المعلومات الطبية، وبالطبع فإن للطبيب المركز المتميز – في هذا الشأن – عن المريض، لأنه يحتكر هذه المعلومات.

كذلك فإن من الملاحظ أحيانًا أن الكثير من المرضى لا يدركون أنهم مرضى لعدة أسباب: كالجهل بأعراض المرض أو بمضاعفاته، أو حداثة السن، أو فقدان الوعي نتيجة لحادث خطير، وهكذا يفتقد المريض الباعث على طلب

الرعاية الطبية ولا يحصل عليها فعلاً، وحتى أولئـك الـذين يرغبون في هـذه الرعايـة لا يعلمـون مـسبقًا نوعيتهـا، أو تكلفتها، أو طول فترة الإقامة في المستشفى.. إلخ. نظـرا للهفة الشديدة على الرعاية، والثقة بالأطباء، فيغـالي سـوق الطب في أجوره [584].

وبينما يستطيع المستهلك أن يحيط علماء بأسـعار الـسلع التي يرغب في شرائها من السوق؛ مما يتيح له حرية أكبـر في اتخاذ قراره، فإن حرية المريض في هذا الشأن محدودة، فربما كان في وسعه أن يختار الطبيب، ولكن ليس بوسعه أن يختار نوعية الرعاية الطبية التي سيحـصل عليهـا، وإنمـا للطبيب فقط أن يصف الدواء، ويحدد كيفية العلاج، بل إنـه في كثير من الأحيان هو الذي يختار للمـريض المستـشفى نفسها، بسبب الارتباط بينه وبينها غالبا.

من شأن ذلك كله ألا يتيح المنافسة الكاملـة فـي مجـال الخدمات الصحية، بل إن هذه المشكلة تشتد عنـد محـدودي الدخل الذين لا يطلبون العلاج على الرغم علمهم بمرضـهم،

([584]) انظر: David Mechanic, Medical Sociology, op. cit., p. (13).

إلى الفهرس

إشفاقًا على دخولهم المحدودة من التكلفة الباهظـة للعـلاج، ولا سبيل إلى مواجهة هذه المـشكلة إلا بتـوفير الخـدمات الصحية المجانية.

(ب) العرض كمولد للطلب على الخـدمات الـصحية: إن للطبيب – كما قلنا – مركزا أفضل من المريض في العلاقـة التي تربطهما معا، بما لديه من المعلومات الطبية المطلوبة، والخبرة الفنية العالية، والتمكن من الأساليب الفنية للممارسة، ومسئوليته عن تقديم كل التسهيلات إلى المـريض ليـستعيد صحته [585]، وفي الوقت نفسه فإن لديه الحـافز إلـى بيـع خدمات طبية أكثر، لتحقيق دخل أكبر.

ويعني ذلك أن الطبيب (العرض) يؤثر تأثيرا قويا في دالة طلب المريض على الرعاية الطبية. وقد يترتب على زيـادة الطلب – كما في حالة الأمـراض الخطيـرة؛ حيـث يلجـأ المريض إلى الطبيب للتداوي غير عابئ بتكاليفه في سـبيل إنقاذ حياته – قد يترتب على ذلك أن يبذل الطبيب من جانبه أقصى جهده في سبيل خلق "الطلب" الـلازم للحفـاظ علـى

([585]) انظر: Talcott Parsons, op. cit., p. (447).

إلى الفهرس

مستوى دخله، أو في سبيل زيادة الرسم الذي يحصل عليـه. ولما كانت محاولة الطبيب الدائمة للارتفاع بدخله عن طريق التأثير على الطلب، هي التي تحكم حركـة سـوق الطـب الخاصة، فإن من الممكن اعتبارهـا نموذجـا مـن نمـاذج المنافسة الاحتكارية.

إن تدخل الدولة إذن في الرعاية الصحية أمر حتمي [586]، وإن من الضرورة بمكان أن يقوم النشاط العام علـى إنتـاج الخدمات الصحية، حماية للمريض من سيطرة الطبيب علـى الرعاية الطبية بفرض تحقيق أهداف شخصية فـي مقـدمتها الربح. بل إنه حتى في حالة قيام الدولة على أمـر الخدمـة الصحية لرعاياها، فسوف يبقى الطبيـب (العـرض) قوتـه التأثيرية على المريض (الطلب)، وذلك لما يتميز بـه هـذا النوع من الطلب من أنه "طلب مشتق من الطلب على الحياة بصورة أفضل بدون ألم" [587] أما في حالـة قيـام الدولـة بالخدمة، فإن هدف الطبيب لن يصبح مجرد تحقيق زيادة في دخله وإنما يصبح علاج المريض أولاً وأخيرا.

([586]) انظر: Caroline Cox, Sociology, op. cit., p. (117).

([587]) هبة نصار، مرجع سابق، ص (42).

إلى الفهرس

(ج) التمييز في السعر: يتصف سوق الرعايـة الطبيـة بظاهرة التمييز في الأسعار، بحيث يضطر الطبيـب الـذي يزاول مهنته في عيادتين – على سبيل المثال – إحداهما في منطقة راقية، والأخرى في منطقة شعبية، إلى التمييـز فـي أسعاره تبعا لمستوى دخول الأفراد، على الرغم من حصولهم جميعا على نفس الخدمة. كذلك فإن عديدا من المستـشفيات تتبع نظام التدرج في أسعار الخدمة للمرضى، فتقسم درجات الإقامة إلى "ممتازة" و"أولى" و"ثانية".. إلخ [588].

ويرجع السبب في نجاح أسلوب التمييز في الـسعر فـي السوق الطبية إلى عدم إمكانية نقل الرعايـة الطبيـة مـن مريض ما إلى مريض آخر، على حين يـرى الـبعض أن التمييز مرغوب لأنه يسمح لمحدودي الدخل والأثرياء علـى السواء بالحصول على نفس الخدمة. على أن هـذا الـسلوك لا يخلو من الاحتكار فهو يستهدف أولاً وأخيرا زيادة دخـل الطبيب. ومن هنا يصبح من صالح المرضى أن يقوم النشاط العام "الدولة" بتوفير الخدمات الصحية، ويزداد هـذا الأمـر

([588]) نفس المصدر. ص (43).

إلى الفهرس

إلحاحا في المجتمعات النامية التي يزداد فيها الطلـب علـى الخدمات الصحية، وينتشر فيها الفقر، والتعرض للأمـراض المعدية، وانخفاض المستوى المعيشي [589].

(د) عدم مرونة انتقال عوامل إنتاج الخدمات الـصحية:

يتميز منحنى عرض الأطباء بعـدم المرونـة فـي المـدى القصير، لأنه محكوم بعدد الخريجين سنويا، علاوة علـى أن قيود مزاولة المهنة مثل عدد سنوات التعلم والتدريب العملي في المستشفيات للتخصص ذات أثر خطير على هذا المنحنى.

كذلك فإن ظاهرة التخصص الدقيق تؤدي بـدورها إلـى ارتفاع تكاليف الخدمة الطبية، فالمريض يعالج على يد طبيب متخصص في جزء بسيط، وقد يضطر إلى استكمال علاجـه عند طبيب آخر أو أكثر من طبيب [590]، فإذا لم يجد تقـدما ملموسا لديه فإنه يضطر إلى "التسوق هنا وهناك"، فيـذهب إلى الطبيب (أ)، ثم إلى الطبيب (ب) دون أن يخبر أحـدهما بذهابه إلى الآخر، بل إن بارسونز يرى أن المريض إذا لـم

([589]) عامر بن يوسف. مرجع سابق، ص (35).

([590]) انظر: Talcott Parsons, op. cit., p. (439).

إلى الفهرس

يرض عن نصح الطبيب بعد الفحص فسوف يسلك أحد سبيلين: أولهما: أنه قد يطلب استشارة طبيب ثالث معروف بالاسم (ج). وثانيهما: أنه إذا أحس بتقدم ما فسوف يقطع علاقته بالطبيبين (أ)، (ب) ويصبح مريض (ج). ذلك أن المريض في حاجة ماسة إلى الخدمة، لأنه لا يعرف كيف يتصرف في مرضه ولا يعرف زملاؤه ولا حتى أعضاء أسرته، وفي المقابل فإن الطبيب خبير فني، حصل على تدريب فني وخبرة عملية، وهو مؤهل خصيصا لمساعدة المريض في الموقف الحرج.

ومن الطبيعي أن ترتفع أسعار الخدمة الطبية في حالة النقص في "عرض" الأطباء بصفة عامة، أو عرضهم في تخصصات معينة.

ويعتبر تدخل الدولة لمواجهة مشكلة النقص في عرض الأطباء في المدى القصير أمرا بالغ الأهمية، وذلك بتوفير المنح التدريبية قصيرة الأجل، والتخطيط للرعاية الصحية للسكان [591].

([591]) هبة نصار، مرجع سابق، ص (44).

إلى الفهرس

ويشخص إيفان اليش Evan Ellich هذه المشكلة بقولـه: "إن الميل المفرط إلى الاستثمار بأعلى فائدة، والاتجاه نحـو التكنولوجيا المتقدمة، والطب ذي الهيبة العالية يـؤدي إلـى تضاؤل حجم الإنفـاق علـى الرعايـة الـصحية الأوليـة والوقائية"[592] ولذلك يقترح اليش العودة إلى أسلوب "الاعتماد الأكبر على الرعاية الـصحية الذاتيـة" ومناهـضة إدمـان المسكنات الطبية غير المناسبة.

ثالثًا: عوامل خاصة بطبيعة الخدمات الصحية:

تحتم بعض العوامل الاجتماعية على الدولة أن تتدخل في إنتاج السلع والخدمات. وفي مجال الخدمات الصحية نـوجز هذه العوامل فيما يلي [593]:

1- الخدمات الصحية حق لكل فرد، ينبغي له أن يحصل عليه، أو على الحد الأدنى منه كـسلعة مـن سـلع الاستحقاق merit goods، وهي السلع التي يقدرها

([592]) انظر: Caroline Cox, op: cit., P: (114).

([593]) هبة نصار، مرجع سابق، ص ص (44 – 45).

إلى الفهرس

الفرد بأقل من قيمتها الحقيقية، على الرغم من أهميتها البالغة على المستوى الفردي والاجتماعي.

2- ترتبط البرامج الصحية في الدول النامية ببرامج اجتماعية واقتصادية أخرى. وفي هذا الصدد يحذرنا جونار ميردال من الفهم السطحي الساذج للصحة عن طريق عزلها عن سائر العوامل الاجتماعية والاقتصادية والتنظيمية، والسياسات التي تشكل متآلفة معا: عملية التنمية [594]، علاوة على أن البرنامج الصحي يتداخل مع البرامج العامة للتخطيط من أجل التنمية.

ومن ثم فقد بات من الأهمية البالغة الصحة أن يزيد الإنتاج الزراعي ويتحسن التعليم ويتطور، والأكثر من ذلك أهمية أن تستنفذ الجماهير بصفة عامة، من قبضة الفقر. وليس من شك في أن هذا الترابط والتداخل يحتم التنسيق والتكامل بين هذه البرامج، الأمر الذي يفرض على الدولة أن تتولى هذه المهمة.

([594]) انظر: John Bryand, op. cit., pp. (96 – 97).

إلى الفهرس

3- يعكس توزيع الخدمات الصحية بين الأفراد درجـة العدالة الاجتماعية السائدة في كل مجتمع، ولهذا تهتم الدولة بتوفير هذه الخدمات لضمان توزيعها بين كل أبنائها. ونظرا لطبيعة هذه الخدمات في دول نظـام السوق، وسوء توزيع المـوارد النـادرة للرعايـة الصحية ظهرت هيئـات اجتماعيـة خيريـة فـي بريطانيا، تستهدف تقـديم الخـدمات المتخصـصة Cindrella services مثـل رعايـة المـسنين، والمتخلفين عقليا، و"المرضى العقليين" [595] مجانًـا للأفراد محـدودي الـدخل أو كبـار الـسن ممـن لا يحصلون على قدر كافٍ منها، غير أننا نشك في إمكان نجاح هذه الهيئات، وبخاصة في حالات ترك الأمور للقرارات الفردية وقوى السوق. وهكذا يتحتم على النشاط العام (الدولة) أن يضطلع بهذا القطـاع الحيوي من الخدمات: الخدمات الصحية.

***

([595]) انظر: Caroline Cox, op. cit:, p. (114).

سادسا: رؤية جديدة لاقتصاديات الصحة في مصر:

يؤكد المؤلف على أن اقتصاديات الصحة في أي مجتمـع تعد مؤشرا دالاً على طبيعة الأيديولوجيا السائدة فيه، وعلـى النظام الاجتماعي العام، واتجاهات النظام الاقتـصادي. وإذا طبقنا هذه الفكرة على مجتمعنا المصري، وجـدنا أن فتـرة الستينيات قد شهدت ازدهارا واضحا في تبني الأيـديولوجيا الاشتراكية، وتطبيقها في كل مجالات الحيـاة ومـن بينهـا الصحة. ولذلك فقد ساد في تلك الفترة شعار الرعاية الصحية بالمجان قولاً وفعلاً، فانتشرت الوحدات الصحية في أعمـاق الريف المصري، لتقدم الخدمات الوقائية وبعـض الخـدمات العلاجية، بالإضافة إلى تـوفير خـدمات رعايـة الأمومـة والطفولة. وارتفع عددها من 168 وحدة في عام 1955 إلى 2237 وحدة صحية تشرف عليها وزارة الصحة حاليا [596].

أما في القطاع الحضري فقد نبع التفكير في مشروع التأمين الصحي لخدمة العاملين في الحكومة والقطاع العـام، وهـم يكونون غالبية سكان المدن. وبهذين المشروعين – بـالريف

([596]) انظر: Nawaw El Messeri, op. cit., p. 9.

إلى الفهرس

والحضر – تقدم الخدمة الصحية للقطاعات الأساسـية مـن جماهير الشعب [597]. والملاحظ أن ظروف السوق في هـذه الفترة كانت تسمح بوفاء الدولة بالتزامها، وكان يمكنها – بما يتحصل لديها من دخل – أن توفر الخدمة الصحية للمستهلك بالكم المناسب والكيف الذي يرضيه.

ومع بداية السبعينيات أخذ الاتجاه الأيديولوجي الاشتراكي في التغير، ليحل محله التوجه الرأسمالي، وكـان لا بـد أن تظهر انعكاسات هذا الوضع المتغير على الخدمات الـصحية في المجتمع المصري، بعد أن انفتح على العالم الخـارجي، وارتبط اقتصاده بالاقتصاد العالمي، فصار يعـايش معادلـة صعبة بين تقديم الخدمة الصحية مجانًا، وبين تضخم أسـعار السوق الداخلية والعالمية وارتفاع تكلفة الخـدمات، وتزايـد الاحتياجات الصحية نتيجة للنمو السكاني المتزايـد وزيـادة التعليم والوعي الصحي.. إلخ.

كان من المنطقي إذن أن تفرض كل هذه العوامل صحية التحول في المسار الاقتصادي للصحة: تمويلاً وإنفاقًا، إنتاجا

([597]) د. شريف حتاتة، الصحة والتنمـية، دار المعـارف، القـاهرة، 1968، ص 37.

إلى الفهرس

واستهلاكًا، عرضا وطلبا. وفي هذا الـصدد طـرح بعـض الأطباء والمسئولين بوزارة الـصحة مفهـوم التحـول فـي اقتصاديات الصحة، ومنهم الدكتور رمسيس جمعة الذي يرى أن التحول يعني الأخذ بعدة مبادئ جديـدة، تـتلخص فيمـا يلي[598]:

1- مشاركة معقولة ومباشرة من الفرد في تكلفة الرعاية الصحية التي يطلبها من الدولة.

2- أن ينتج عن هذه المشاركة أحداث تحـسن حقيقـي وملموس لحجمها ونوعها ومستوى أدائها.

3- التزام الفرد بأن يتقدم إلى الجهة الصحية التي تناسب حالته حسب ما يقرره الطبيب، ولا يعـرض نفـسه مباشرة على الأخصائي دون أن يفحصه الممـارس العام في وحدة الرعاية الأولية، وقيام نظـام محكـم للتحويل من هذه الوحدة الأولية إلى وحدة الرعايـة

([598]) د. رمسيس جمعة، رؤية جديدة لاقتصاديات الصحة في مـصر، صحيفة الأهرام. عدد 1983/2/21.

إلى الفهرس

التخصصية يلتزم به المريض والطبيب ويستمر العمل صباحا ومساء.

4- تُحدد كل محافظة قيمة المشاركة في تكلفة الخدمة الصحية حسب ظروفها الاجتماعية والاقتصادية.

5- يعفى من هذه المشاركة غير القادرين – بموجب بطاقات تثبت ذلك – وذوو الأمراض المزمنة.

6- أن تظل الخدمة الوقائية مجانية مع فرض عقوبات مالية كبيرة على المتخلفين عن تحصين أطفالهم ضد الأمراض، أو المخلين بالسلوك الصحي كالنظافة وحماية البيئة من التلوث، أو المتجرين في الأغذية الفاسدة والمواد المخدرة، وأن ترصد كل هذه الغرامات لحساب الصحة.

7- استمرار مجانية الخدمات الإسعافية، مع ضرورة تبرع أقارب المريض بقدر مماثل للدم الذي أسعف به، وتنظيم عملية بنكية للدم ببطاقة رصيد شخصية أو عائلية.

إلى الفهرس

8- مراجعة نصبة العامل ورب العمل في تكلفة التأمين الصحي لتغطية جموع المواطنين وتخفيف العـبء على خزانة الدولة بوصفها رب العمل.

وفي النهاية يرى الدكتور رمـسيس جمعـة أن الـصحة بالتعبير الاقتصادي لا تخرج عن كونها سلعة خدمية لها ثمن وتكلفة. ونظرا لحساسية هذه السلعة، فلا ينبغي للمـواطن أن يطالب الدولة بتوفيرها له وفقًا للمثل الشعبي "الشاطرة تغزل برجل حمار"؛ إذ إن الفرار من الخدمة المجانية إلـى عنـت العلاج الخاص باهظ التكاليف لن يصححه إلا إسهام الفرد مع الدولة في رفع كفاءة الخدمة. وما دام الفـرد ينفـق علـى صحته، أليس من مصلحته أن يوجه هـذا الإنفـاق وجهتـه السليمة، ليعود عليه بأقصى عائـد بعيـدا عـن الاسـتغلال والمعاناة؟.

والجدير بالذكر أن الآونة الأخيرة قد شهدت محـاورات ومساجلات على المستوى الإعلامي الرسمي حـول أجـور الفحص الطبي والعلاج في مصر، وعلى المستوى التنظيمي كنقابة الأطباء، وعلى المستوى التنفيذي كـوزارة الـصحة، وتناول الحديث فيها المسئولون وغير المسئولين باعتبارهـا

مشكلة تفرض نفسها على المجتمع المصري، وتزداد وطأتها بزيادة التوجه الرأسمالي وانتـشار المستـشفيات الخاصـة والاستثمارية، وعجز الطبقات الدنيا بالريف والحضر عـن الحصول على الخدمة الصحة الوقائية والعلاجيـة. ولـذلك أجمعت الآراء على ضرورة تدعيم الدولة للعلاج المجاني – لغير القـادرين – مـن خـلال دعـم الوحـدات الـصحية والمستشفيات المركزيـة والعامـة ومستـشفيات المؤسـسة العلاجية، والتوسع في نظام التأمين الصحي.. إلخ.

ولعل الحكومة بدأت تنتهج سياسة المشاركة الشعبية فـي مختلف مجالات الخدمة في مصر. فقررت وزارة الـصحة إدخال نظام العلاج الاقتصادي في المستشفيات الحضرية، أما المناطق الريفية فلا تزال تفتقر إلـى المؤسـسات الـصحية الجيدة والخدمات الجيدة أيضا. وفـي المستـشفيات العامـة صارت أجور العلاج الاقتصادي لا تزيد على خمسة جنيهات في اليوم الواحد للدرجة الأولى، وثلاثـة جنيهـات للدرجـة الثانية. ولا تتجاوز تكاليف الجراحة الكبرى خمسين جنيهـا بالدرجـة الأولـى، وأربعـين للثانيـة، وأربعـة جنيهـات

للأشعة[599]. كذلك قررت الوزارة عدم زيادة نسبة الأسـرة المخصصة للعلاج بأجر في المستشفيات عن 50% لإتاحـة الفرصة لأكبر قدر للعلاج المجاني بمـا يناسـب محـدودي الدخل. وسوف تسهم حصيلة هذه الأجور بالمستشفيات العامة في زيادة حصيلة صندوق الخدمة، التي ستوزع بنسبة 48% للأطباء، و40% لتحسين الخدمة بالمستشفى، و10% لتطوير خدمات مديريات الشئون الصحية؛ حيث إن هنـاك بعـض المراكز لا يمكن فيها تطبيق نظام العلاج بـأجر، كرعايـة الأمومة.

فإذا عرفنا أن حجم ميزانية وزارة الصحة عام 1980 هو 179.313.000 جنيها يمثل 2.3% من ميزانية الدولة فـي نفس العام والبالغة 7.787.438.400 جنيها، لاتضح لنـا أن نصيب الفرد من ميزانية الصحة 4.24 جنيهات، وهو مبلـغ

([599]) انظر على سبيل المثال :

- د. سيد الفولي. هل يحتاج العلاج إلـى تـسعيرة؟ صـحيفة الأهرام عدد 1984/3/3.
- تحديد أجور العلاج بالمستشفيات العامة، صـحيفة الأهـرام، عدد 1984/2/26.

إلى الفهرس

يزيد بصورة ملحوظة عما كان يخص الفرد من الميزانية في سنوات سابقة، كما يتضح لنا من الجدول الذي يبين ميزانيـة وزارة الصحة بالجنيه، ونصيب الفرد منها، من عـام 1950 حتى عام 1980 [600]:

وبعد هذا العرض لاقتصاديات الـصحة فـي مجتمعنـا المصري، فإننا نشير هنا بإيجاز إلى الوظيفة الأدائيـة لتلـك العناصر الاقتصادية في دراستنا الميدانية للخدمة الصحة في القطاعات البدوية والريفية والحضرية على النحو التالي[601].

السنوات	تعدد السكان بالألف	ميزانية وزارة الصحة بالجنيه	نصيب الفرد منها بالجنيه
1950	20.461	7.155.312	0.63
1955	23.063	8.948.100	0.39
1965	28.659	31.301.100	1.09
1970	33.022	41.475.000	1.26

(600) المسح الصحي، مرجع سبقت الإشارة إليه.

(601) للمزيد من التفاصيل حول هذه الدراسة الميدانية انظـر د. علـي المكاوي، الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة، مرجع سابق، الفصول من الثالث إلى السادس.

السنوات	تعدد السكان بالألف	ميزانية وزارة الصحة بالجنيه	نصيب الفرد منها بالجنيه
1975	37.016	109.169.200	2.95
1980	40.289	179.313.000	4.24

1- التعرف على نوعية الخدمة الصحية المجانيـة فـي المؤسسات الـصحية المختلفـة بتلـك القطاعـات، وتقييمها في ضوء بعض الاعتبـارات الاقتـصادية كالدخل والمنصرف، والتكلفة والعائـد، والعـرض والطلب.

2- الوقوف على نوعية الخدمات الصحية ذات الأجـر بأقـسام العـلاج الاقتـصادي علـى المستـشفيات الحضرية: المركزية والعامة والتخصصية، ومـدى نجاح هذا النظام في توصـيل الخدمـة للقـادرين، وتحسينها لغير القادرين.

3- إدراك الوضع الاجتماعي الاقتـصادي للمـريض، ومدى تأثيره علـى سـلوك المـرض والأسـاليب العلاجية المقصودة. وهنا نتحقق من طبيعة العلاقـة

بين هذا الوضع، وبين مدى الاستفادة من الخـدمات المتاحة سواء العامة أو الخاصة.

4- إلقاء الضوء على العوامل الاقتـصادية (كـالعرض والطلب بالتحديد) التي تؤثر علـى النـسق الطبـي الرسمي، وتحول دون الأداء الوظيفي الكفء للخدمة الصحية، ومحاولة تقديم تصور عن مواجهـة هـذه المعوقات.

5- التعرف على الخدمات الصحية التي يقدمها القطـاع العام والخاص – في مجتمعات الدراسة – ومـدى تواؤمها مع المـستويات الاجتماعيـة الاقتـصادية السائدة، وتقديم بدائل لتحسين خدمات القطاع العام، وضبط خدمات القطاع الخاص.

6- استعراض الخدمات الصحية غير الرسمية، ونوعية المقابل الذي يدفعه المريض للمعالج الشعبي، وأثـر ذلك على تفضيلات الجمهور في اختيار الـشخص المعالج.

7- مناقشة بعض المسئولين عـن الخـدمات الـصحية الريفية بوزارة الصحة، وبالإدارات الصحية حـول

أجور الكشف بالعيادات الخارجية، وأثر ذلك علـى تدهور نوعية الخدمة المقدمة، وتدني دافعية أعضاء النسق الطبي الرسمي في الأداء. وبالتـالي طـرح بعض الاقتراحات الاقتصادية للتغلـب علـى هـذه المشكلات في القطاعات البدوية والريفية.

8- إبراز الجوانب الاقتصادية وراء انـشغال مـديري الإدارات الصحية بعياداتهم ومـصالحهم الخاصـة، وحرصهم على الانفراد بتـسنين البنـات للـزواج والذكور سواقط القيد،.. إلخ، وأثر ذلك على تهاونهم في الرقابة علـى أطبـاء المستـشفيات المركزيـة والوحدات الصحية، وبالتالي على الخدمة الـصحية ككل.

9- الوقوف على اقتصاديات الدواء في مصر عامة وفي مجتمعات الدراسة خاصة، ودورهـا فـي الـسلوك العلاجي، ومدى استمرار المريض في الاعتماد على الخدمات الرسمية.

الباب الثالث

الأسس المنهجية والنظرية لعلم الاجتماع الطبي

الفصل الثامن : طرق البحث في علم الاجتماع الطبي.

الفصل التاسع : الأسس النظرية لعلم الاجتماع الطبي.

الفصل الثامن

طرق البحث في علم الاجتماع الطبي

مقدمة:

إن دراسة الصحة والمرض وفهمهما حق الفهـم يعتمـد بالدرجة الأولى على طبيعة طرق البحث المستخدمة، وعلـى مدى كفاءتها. فإذا كان علم الاجتماع الطبي يهتم بالعوامـل الاجتماعية الكامنة خلف الصحة والمرض، فإن الأمر يستلزم استخدام الأساليب والأدوات المنهجية القادرة علـى الكـشف عن العوامل واستجلائها، وفي هذا الصدد يؤكد رايت ميلـز W.Mills على أهمية توفر الوعي والبـصيرة بموضـوع البحث، ومجاله والفروض المشتقة من النظريـة، وبالتـالي تتوافر معرفتنا بطرق البحث والنظرية في علـم الاجتمـاع الطبي، فنتمكن من البحث ونكتشف ما يحدث الواقع. وبدون التعمق في الدراسة واستجلاء ما وراء الأحـداث والوقـائع الاجتماعية ستكون الدراسة مبهمة وغير مجدية. إذن فالبحث

الذي لا يتوصل إلى نتائج هامة. هو بحث لم يعتمـد علـى منهج كفء [602].

وبناء على ذلك، فإن نتائج البحث الإمبريقي فـي العلـوم الاجتماعية الطبية، تعتمد على مناهج البحث الاجتماعي التي تقدمت خلال القرن العشرين. والواقع أن دقة استخدام طرق البحث الاجتماعي وأدواته كالملاحظـة والقيـاس والتحليـل الإحصائي للبيانات، قد أسهمت في تراكم المعرفة؛ مما أتاح الوصول إلى نوع من الاجتماع العلمـي حـول المـشكلات الاجتماعية الطبية. ولعل اختلاف البحوث الطبية والاجتماعية وتنوعها يتطلب الاعتماد على عدة مداخل وطـرق منهجيـة محكمة [603]. ومع ذلك فلم يصنف الكثير من مناهج البحـث الاجتماعي الطبي المتقدمة، على الرغم من الإشارة إليها في العديد من الدراسات والمطبوعات والدوريات المتخصـصة، مثل مجلة الصحة والسلوك الاجتمـاعي، والطـب والعلـوم

([602]) C.W. Mills, The Sociological Imagination, New York, Oxford Univ. Press, 1959, p. 121.

([603]) How and E. Freeman and Others, (editors), Handbook of Medical Sociology, (3 rd edition), prentce "Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey 1979, p. 437.

الاجتماعية، والصحة والمجتمع، والمجلة الدوليـة للخدمـة الصحية.

ومن ناحية أخرى نلاحظ أن الناس يصعب عليهم الفصل بين الصحة والطب، لأن المهن الطبيـة بهرتنـا وأغمرتنـا بمعالجاتها وممارساتها الناجحة، وأقنعتنا بأن صحتنا تعتمـد على الرعاية الطبية. ولذلك زاد اهتمام الحكومات بالتـأمين الصحي، والفروع الطبية المتخصصة كالجراحـة والعـلاج السريري والعيادات الخارجية والمستشفيات، لتقديم الخدمـة الصحية بمقابل ميسور. إضافة إلى ذلك، فإن معظم أشـكال العلاج الطبي الذي تقدمه الخدمات الصحية القومية في الوقت الراهن، لم تخضع بعد للتقييم والدراسة، بالرغم من نجاحهـا الواضح، وتقنياتها المتقدمة [604]. ولذلك نواجـه مـشكلتين، أولاهما هي صعوبة قيـاس الإسـهام الفعلـي للطـب فـي المستويات الصحية المعاصرة. والمشكلة الثانية هـي عزنـا عن معرفة قيمة الموارد التي تنفق على التـأمين الـصحي

([604]) انظـر: Nicky Hart, The Sociology of Health and Medicine, Causeway press Ltd, Lancashire, 1985, pp. 1 – 2.

والخدمات الصحية القومية، سواء من خلال حجم التمويـل، أو من خلال معرفة إسهامها في تحسين صحة الشعب.

ويمكن أن نجد تطبيقـًا جـادا للطـرق العامـة للبحـث الاجتماعي في الدراسات التي تتضمنها عدة مجلات رصينة كمجلات العلوم الاجتماعيـة ومجـلات الـصحة العامـة، والمجلات الإحصائية. وإن كان هناك مـصدران أساسـيان يخدمان البحث في مجال العلوم الاجتماعية الطبيـة، وهمـا الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية، وسلسلة مناهج البحـث الاجتماعي السنوية التي تصدرها الجمعية الأمريكيـة لعلـم الاجتماع.

وسوف نجد في هذا الفصل عدة قضايا تتعلـق بمـسالك البحث في علم الاجتماع الطبي، وتقدم رؤية أكثـر شـمولاً للطرق العديدة للبحث الاجتماعي، والتي تلقى مزيـدا مـن الضوء على جهود علماء الاجتمـاع الطبـي فـي البحـث المعاصر. ومن ناحية أخرى نؤكد على أن بعـض الجهـود تبذل لتحسين الصحة، وتجويد الرعاية الصحية، ولكنها نتائج تخيب الآمال، نظرا لضآلة الجهـد المبـذول فـي إجـراء الدراسات والبحوث الأولية، وندرة تقييم الحلول المطروحـة

لعلاج المشكلات الاجتماعية الطبية، وقلة الاهتمـام بطـرق البحث ذاتها.

وفي ضوء هذه المقدمة نتناول العناصر التالية:

أولاً: أخلاقيات البحث في علم الاجتماع الطبي.

ثانيا: المفاهيم والاتجاه الإجرائي.

ثالثًا: المداخل المنهجية في علم الاجتماع الطبي.

رابعا: طرق منهجية أخرى مختارة.

***

أولاً: أخلاقيات البحث في علم الاجتماع الطبي:

ليست هناك قضية معاصرة شغلت الاهتمـام فـي هـذا العصر مثلما شغلت قضية التخلص من أسطورة التحرر من القيمة Vaule – free with في مـسلك علـم الاجتمـاع. فالمعرفة العلمية في نطاق هذا العلـم لا يمكـن أن تكـون حيادية، لأن معرفة الإنسان تخول له ممارسة القـوة علـى الإنسان الآخر.

والجدير بالذكر أن بحوث علم الاجتماع الطبي تلعب دورا ذا ارتباط صريح أو ضمني بالتغير، حينما تتناول مـشكلات

الصحة والمرض والرعاية الصحية وسائر علاقات الإنـسان بالبيئة. ولذلك يمكن القول بأن تقييم أي عـلاج أو برنـامج صحي جديد، والبحث عن الأسباب الاجتماعيـة للمـرض، والتحليل التنظيمي للنسق الطبي، ودراسة الجدوى.. إلخ، كل ذلك يتضمن عملية إحداث تغييرات في النظـام الاجتمـاعي لصالح البشرية [605]. وهكذا نلاحظ ما ينطوي عليه البحـث الاجتماعي الطبي من موقف قيمي، والتزام أخلاقي. وبالتالي فإن اتخاذ أي أجراء نحو هذه المشكلات، يستلزم الإشارة إلى الطريقة التي ينبغي اتباعها في التعامل معها.

ولا جدال في أن قضية الالتزام الأخلاقـي تـزداد فـي أهميتها وإلحاحها حينما يصبح الإنسان ذاته معملاً للتجـارب الطبية. ولعل دراسة توسكيجيه Tuskegee حـول انتـشار مرض الزهري Syphilis بين الرجال الـذين منـع عـنهم العلاج الطبي. مثال على ذلك يجذب الانتباه نحو أخلاقيـات التجريب الطبي على الإنسان. وهنـاك دراسـة ويلـوبروك Willowbrok التي وضع فيها الأطفال المتخلفين عقليا في

(605) انظر: Ibid, p. 438.

إلى الفهرس

مؤسسة واحدة عمدا مع مرضى الالتهاب الكبدي hepatitis مما يتنافى مع أخلاقيات البحث الاجتماعي الطبي. وقد أشار كل من بيتـشر Beecher وجـراي Gray وكـاتز katz وباربر Barber وغيرهم إلـى خطـورة هـذه المـشكلة. والخلاصة أن الباحث في علم الاجتماعي الطبي لا يراعـي فحسب الأهداف العلمية والفوائد الممكنة لدراسته، وما تسببه هذه الدراسة من مخاطر محتملة الوقوع تضر بـالمبحوثين، وإنما يراعى أيضا اتساق هذه الدراسة مع المعايير الأخلاقية.

أضف إلى ذلك قضية أخلاقية أخرى بالغة الأهمية، تتمثل في الحفاظ على مصداقية المعلومات الميدانية التـي جمعهـا الباحث وعلى سريتها. وهكـذا نلاحـظ أن ظهـور بنـوك المعلومات، وزيـادة الدراسـات الرأسـية Longitudinal للمشكلات الاجتماعية الطبية تتطلب نظما لتبادل المعلومـات حفاظًا على سريتها، ووصولاً إلى الاستخدام الأمثل لها. وقد لا تكون السرية ذات قيمة متساوية عند كل الفئات والشرائح الاجتماعية، خاصة فيما يتعلق بالظروف الاجتماعية (كالفقر مثلاً أو الغنى)، ونوع المرض (الأمراض) الصدرية والقلبية

والعقم ونوع المريض ذاته (الرجل أو المـرأة) والخـدمات الصحية المتاحة..إلخ.

والواقع أن كل علماء الاجتماع وسائر العلوم الاجتماعيـة لا يستطيعون التجرد من قيمهم وميولهم في أثنـاء قيـامهم بالبحث الاجتماعي الطبي، ومن هنا ينبغي توضيح أسـاليب تأثير هذه القيم والميول على البحث الاجتماعي وعلى نتائجه. ومن ناحية أخرى ينبغي على هؤلاء تجنب أساليب البحـث وأدواته الفنية التي تتعارض مع كرامة الإنـسان المبحـوث وتهدد رفاهيته. ولعل أساليب الخداع والضغط التي لجأ إليها توسكيجيه وويلوبروك أمثلة على ذلك [606]. وفـي ضـوء مراجعة أخلاقيات منهجية البحث الاجتماعي الطبي، يمكـن بلورة القضايا المتعلقة بمعدل الاسـتفادة المغـامرة risk – benefit ratio – وحجمها.

***

[606] Donald Patrick and Jack Elinson, Methods of Sociomedical Research, in. Handbok of Medical Sociolgy, op. cit., pp. 437 – 438.

ثانيا: المفاهيم والاتجاه الإجرائي:

لا شك في أن تقدم العلوم الاجتماعية يزداد اطرادا حينما توجد التساؤلات والقضايا المحددة، وتصاغ صياغة دقيقة في ضوء المقولات أو البناءات النظرية Constructs العلميـة. ومعنى ذلك أن نعبر عن المفاهيم المنظمة بلغة فنية علميـة من أجل الوصول إلى هدف علمي محدد. ولذلك ظهرت هذه المقولات أو البناءات النظرية لتجريد مفردات الحياة اليومية وتقنين معناها وتحديده، حتى لا يحدث الخلط حينما يـستخدم علماء الاجتماع كلمات ومفردات عامية بمعنى فني علمـي، وحتى لا يؤدي الخلط إلـى تفـسيرات تختلـف بـاختلاف الباحثين.

وهناك أحكام وقضايا عديدة مثل "الإعياء يرتبط بـالفقر"، أو "المرض العقلي أكثر انتشارا بين أبناء الطبقة الدنيا"، تمثل تحديا صعبا للباحثين لأن الإعياء illness قد يفسره البعض بشكل يختلط مع المرض الفيزيقي disease، كما قد يتساوى الاضطراب العقلي disorder mental ويفسر علـى أنـه مرض الذهان Psychosis وقياسا على ذلك أيضا ماذا نعني

بكلمة "الفقر"، "والطبقة الدنيا"؟ إن هذه التحديات قد تفـرض على الباحثين تعديل المفاهيم وتنقيتها.

والتنقية resfinement عملية منهجية تعنـي الارتفـاع بالمفهوم من مستوى ظواهر الحياة اليومية إلـى المـستوى الخاص المحدد، أو الانتقال من المفاهيم النظرية ذات المعاني المتعددة والمتزايدة إلى مفاهيم ذات ارتباط إمبريقي ودلالـة واقعية، وهي ما نـسميه بعمليـة القيـاس measurement أو الاتجاه الإجرائي operationalism إن ظـواهر الحيـاة اليومية في علم الاجتماع الطبي تحوي الـصحة والإعيـاء، والمرض الفيزيقي، وغيرها. والمجتمع هـو الـذي يـنظم التعامل مع هذه الوقائع والأحداث. وهكـذا يـسعى البحـث الاجتماعي الطبي للكشف عما تعنيه هذه الظواهر، من خلال التحقق من العلاقات القائمة بين المفاهيم والمقـولات التـي تشخص معالم المشكلة محل الاهتمام. وبالتالي تنتقل النظرية من مـستوى المفهـوم الافتراضـي أو المقولـة الفرضـية hypothesis – Construct إلى مستوى الملاحظة.

أحرف الدال الخمسة The Five Ds:

يكشف البحث الميداني عن الأفكار المرتبطـة بالـصحة والإعياء والمرض العضوي بين السكان. ولذلك تدور بحوث علم الاجتماع الطبي حول الوفيات mortality ونسبة انتشار الأمراض في منطقة معينة morbidity أو تتعلـق بنتـائج الخدمات الصحية وكفاءتها.

واتجه الباحثون نحو فهم هذه النتائج وتعريفها ضمن مـا أسموه بمتغيرات النتائج النهائية للخدمة الصحية. وتوصـلوا إلى خمسة متغيرات تشير إلى خمس كلمات تبدأ كلها بحرف D، وهي المـوت death والمـرض العـضوي disease والعجز أو الإعاقـة disability والانزعـاج discomfort والاستياء dissatisfaction [607].

والواقع أن التعريفات الإجرائية أو مؤشـرات متغيـرات النتيجة النهائية للخدمة الصحية، قد نالت اهتمام الباحثين من أنصار الاتجاه الإجرائي. ولذلك تراوحت الجهـود العلميـة، لدراسة تأثير الرعاية الطبية على الـصحة، بـين التحليـل

([607]) انظر: Patrick and Elinson, ibid, pp: 439 - 41

إلى الفهرس

الإحصائي والنماذج الرياضية. ومن ناحية أخرى فقد انتقلت هذه المفاهيم الافتراضية أو المقولات الفرضية إلى المستوى الإجرائي الذي يخضع للملاحظة وعلى النحو التالي:

1- الموت death وهو مفهوم أساسي في تقييم الخدمات الصحية ومدى كفاءتها. ومع ذلـك فمـا أحرزتـه تكنولوجيا الكيمياء الحيوية في حفظ الخلايا الحيـة، جعل حتمية الأداء العلمي الكفء لهـا فـي بعـض الحالات يتطلب إعادة النظر. فقد حل التوقف غيـر المعكوس irreversible cessation للنشاط الأعلى للمخ، محل التنفس وضربات القلب كمؤشر هام يحدد ما إذا كان الشخص على قيد الحياة بـشكل طبيعـي أم صناعي. ولهذا السبب فقد صار موضوع الموت الاجتماعي، وطريقة تعامل المؤسسات الصحية حول أساليب وطرق وفاة الإنسان مجالات رئيـسية فـي بحوث علم الاجتماع الطبي. والملاحظ أن معـدلات الوفاة يمكن حسابها بدقة وبسهولة بالنسبة لكل ألـف من السكان، في حين تقل أهمية هذه المعدلات فـي تحديد مستوى صحة السكان وتصنيفها.

ومن ناحية أخرى هناك مناطق من العالم لا تزال تـشهد ارتفاعا ملحوظًا في معدلات الوفاة، ومع ذلك حالـت دقـة القياس، وقصور حساب المعدلات نتيجة لقـصور عمليـات التسجيل، والافتقار إلى قاعدة سكانية أساسية واضـحة، دون إبراز هذا الارتفاع. وبالتالي فحينما نضع معـدلات الوفـاة وتكون منخفضة نسبيا، فلا يعني ذلك الانخفاض شـيئًا فـي تقييم الخدمات الصحية وتصنيفها [608].

2- **المرض العضوي** disease وهو مفهوم يحوي معظم الأمراض المعروفة التي تنتشر في منطقـة معينـة. فإذا ما حصرنا معنـى المـصطلح فـي الأحكـام الإكلينيكية، التي يتوصل إليها الأطباء بعد الفحـص الطبي الشامل، لأصبح أساسا للعديد مـن الحـالات المرضية، إذا لم يكن أساسا لمعظم دراسات مبحـث الأوبئة الاجتماعي. والواقع أن الـدليل الإكلينيكـي للمرض العضوي يعتمد على الأجهزة الطبية للقياس والفحص كالأشعة ورسم القلب ورسم المخ والتحاليل

([608]) Nicky hart, The Sociology of Health and Medicine, op. cit., pp 1 – 4. See also Handbook of Medical Sociology, op. cit., p. 441.

المختلفة، وتقارير الملاحظة الموضوعية لأعـراض المرض ومهارة الطبيب ذاته. إلا أن الجهود الحالية تستهدف تشجيع الاكتشاف الذاتي للمـرض، وتقيـيم الحكم على الأدلة والأعـراض العـضوية. ولهـذا صارت المجتمعات الحديثة تـولي اهتمامـا كبيـرا للوقاية من المرض العـضوي وعلاجـه، وصـار اكتشاف الأمراض المزمنة والتعامل معهـا بمثابـة الهدف الغالب على الخدمات الصحية. وهذا ما نجده عند دوبو Dubos [609] وبعض تلاميذه أمثال اليش Illich وكارلـ ـ ـسون Carlson ومـ ـ ـاكيوون Mckeown وآخرين، الذين طوروا وجهـة نظـر جديدة للصحة باعتبارهـا توازنًـا بـين العوامـل البيولوجية والعوامل البيئية، وليست قاصرة فحـسب على التدخل الطبي [610]. وعلى ضوء هذه الفكـرة ينبغي البحث عن قضايا ومفاهيم ومتغيرات تتعلـق

([609]) Rene Dubos, Mirage of Health Anchor Books, New York, 1961.

([610]) Nicky Hart, op. cit., pp. 2 – 9. See also.Talcott Parson, The Social System, op. cit., p. 431.

إلى الفهرس

بالمرض العضوي بدلاً من التركيز على المرض ذاته.

3- **العجز (**الإعاقة) disability: قد لا يكون التشخيص الدقيق للمرض والتميز المحكم بين هوية الأمراض العضوية محل اهتمام الرجل العادي. بينما يهتم بالأحرى بتأثير المرض العضوي على أدائه لأدواره الاجتماعية. والواقع أن أساليب قياس العجز، والأداء الوظيفي، والخلل الوظيفي dysfunction، قد تقدمت في الآونة الأخيرة، وصارت بمثابة مؤشرات مهمة لتأثير برامج الصحة في المجتمع المحلي وفعاليتها.

وقد يكون العجز إعاقة handicap – بشكل أو بآخر – تعتمد على الدور الاجتماعي للشخص كإعاقته عن أداء مهنته على سبيل المثال. وكذلك قد يكون العجز سواء أو إعاقة لطبقة العمال دون غيرها من الفئات أو الطبقات الأخرى. ولهذا السبب زاد الاهتمام بالانحراف deviance عن الأنشطة العادية كمفهوم محوري في بحوث العجز، بالإضافة

إلى محاولات تطوير البحث وتوسيع مجاله ليتضمن الكـشف عن مظاهر هذا العجز وظروفه وعوامله ومعدلاته [611].

4- **الانزعـاج** discomfort وهو مفهوم يمكن تحديـده إجرائيا باعتباره "مجموعة التقـارير الذاتيـة عـن مـشاعر الوجـع aches والألـم pains والتعـب Tiredness والحزن وغيرهـا التـي تنـشأ عـن المرض، في حين أنها من الناحية الإكلينيكية تمثـل جزءا من مقدمات المرض التي يمكن التعرف عليها وتشخيصها". والواقع أن الاتجاه الإجرائي قد سـاعد على ترجمة هذه المشاعر والحالات إلى سلوك قابل للملاحظة في سبيل قياس تأثير المرض والإعيـاء. ويمكن القول بأن الانزعاج – شأنه شأن العجـز – ربما لا يشغل بال الأطباء، على حين يـشغل بـال

([611]) تجدر الإشارة إلى أن قياس معدلات العجز التـي تعتمـد علـى الأنشطة الوظيفية المحدودة، قد لا تتعلق بالمرض العـضوي، وإنمـا تقيس بدلاً منه الروح المعنوية أو المجاراة Conformity وذلك حينما يتمارض العمال مثلاً، أو يحصلون على إجازة مرضية لمدة محـدودة بسبب إحساسهم بالاغتراب عن ظروف العمل.

المريض ويؤرقه. وبالتالي صارت هذه الموضوعات تحظى باهتمام بالغ من علماء الاجتماع الطبي [(612)].

5- **الاستياء** dissatisfaction: يمكن استخدام هذا المفهوم الذاتي بطريقتين مختلفين في بحوث علم الاجتماع الطبي. الطريقة الأولى هي إحساس الإنسان بفقدان الصحة، بغض النظر عن عمليات الرعاية الطبية وأشكالها. وتتضمن الطريقة الثانية مشاعر القبول أو الرفض للخدمات الصحية التي يقدمها النسق الطبي الرسمي، وهذا هو المتغير الشائع في دراسات الجدوى.

وفي نهاية هذا المركب الخامس للأحرف الخمسة، يمكن أن يتعمق المركب ليتضمن مفاهيم جديدة ومفيدة في البحث الاجتماعي الطبي، كمفهوم الصحة الإيجابية Positive health ليشير إلى مستوى الإنجاز أو الأداء الأفضل، والقدرة على المعالجة أو مقاومة مخاطر الصحة، والواقعية الذاتية Self – actualization. ولعل التعريفات الإجرائية

([612]) انظر: Patrick and Elinson, op. cit., p. 442.

إلى الفهرس

لمثل هذه المفاهيم والمقاييس الإيجابية سوف تسهم بلا شك في إلقاء الضوء على أهمية البعد القيمي الذي يمكن أن يرتبط بالطبقة والنوع والسن أو الجماعات الاجتماعية الأخرى[613].

***

ثالثًا: المداخل المنهجية في علم الاجتماع الطبي:

نظرا لأهمية موضوع الصحة والمرض، فإنه ينبغي استخدام المداخل المنهجية التي تتلاءم مع طبيعته، وتساعدنا في الكشف عن أبعاده وجوانبه، وتلقى الضوء على القضايا الاجتماعية المرتبطة به. وسوف نتناول هذه المداخل المنهجية بإيجاز هنا، وندع الفقرة القادمة لتفصيل طرق البحث الأخرى في علم الاجتماع الطبي، لدراسة الصحة والمرض.

1- **المدخل الإكلينيكي** Clinical approach: وهو مدخل منهجي يعتمد على معارف الطبيب وخبراته الطبية. وبالتالي فإن الباحث في هذا المجال يركز

(613) Patrick and Scambler, Sociology as Applied to Medicine, op. cit., pp. 30 – 32.

إلى الفهرس

على معرفة الأسباب الطبية التي تؤدي إلى حـدوث المرض، وأهم وسائل العلاج والشفاء[614]، والجدير بالذكر أن الطب هو النموذج الذي يستقي منه الباحث مادة بحثه؛ مما يدفعنا إلى تسمية الممارسة الطبية في هذه الحالة بالنموذج الميكانيكي – الحيـوي Bio – Mechanical Model؛ حيـث يخـضع الطـب الحديث للتوجه العلاجي. ولذلك يتمثل هدفـه الأول في المعالجة بالأدوية، وتبـدأ الاستـشارة الطبيـة بوصف الأعراض. وبالتالي تعتبر المشاعر الخاصة للمريض، وانطباعاته عن آلامه، أقل أهمية من أيـة أعراض أو علاقات عضوية تظهر للطبيب من خلال المعالجة والملاحظـة، أو الفحـوص والاختبـارات[615]. فإذا كان الأمر خطيرا، فقـد يأخـذ الطبيـب عينات من جسم الإنسان المريض لفحصها أو يطلب اختبارات ميكانيكية كالأشعة مثلاً للبحث عن تنمـيط للمشكلة. إذن فالاهتمام في هذا المدخل يتمثـل فـي

([614]) David Mechanic, op. cit., pp. 118 – 120.
([615]) Nivky Hart, op. cit., pp . 10 – 11.

إلى الفهرس

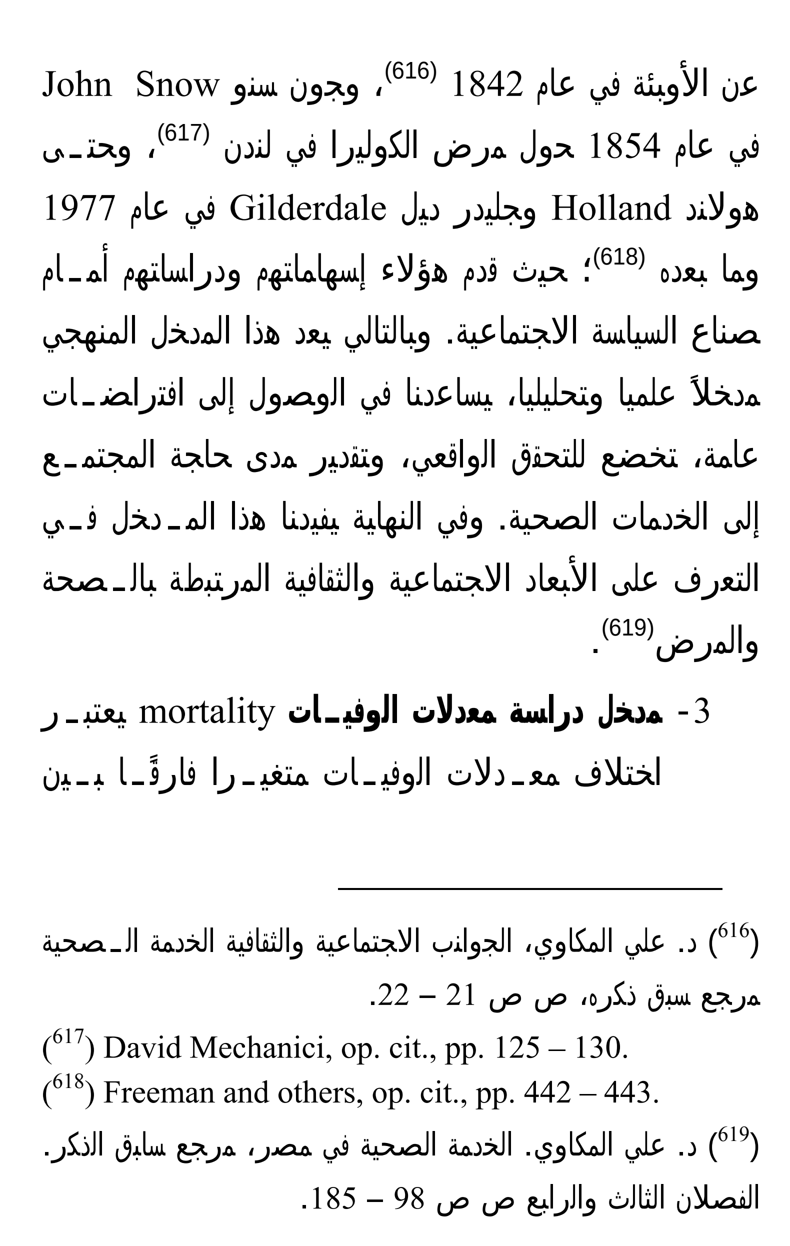
استدماج الأسباب العضوية التي تساعدنا على الفهـم الشامل للجسم البشري، وهذا ما يفسر لنا استبعاد ما يشعر به المريض من آلام في عمليـة التـشخيص. أضف إلى ذلك أن مـضمون الاستـشارة الطبيـة ينحصر في وصـف الأعـراض وفحـص بعـض الأعضاء والعينات من الجسم، دون إشارة من قريب أو بعيد إلى الهوية الاجتماعيـة للمـريض ومهنتـه وحالته الزواجية ومكان العمل والدخل.. إلـخ. وإذا تطرق الحديث إلى هذه الموضوعات، فإنـه يـأتي بمحض الصدفة.

2- **مدخل علم الأوبئة ودراسة المرض**: إذا كان المدخل السابق يغلب عليه الطابع الفردي، بحيث يلعب فيـه الطبيب أو الباحث دور "ميكانيكي الأجـسام" body mechanic، فإن مدخل علم الأوبئة يعتمـد علـى المنظور الجمـاعي، بمعنـى أنـه يهـتم بدراسـة الجماعات، واستخدام الصحة فـي فهـم المـرض، والتركيز على جماعات ممثلة للمجتمع ككـل، دون التركيز على المرضى وحدهم. كذلك يسعى أنـصار

هذا المدخل إلى التعرف على المـرض، وظـروف وعوامل انتشاره، وأي الجماعات والفئات الاجتماعية أكثر عرضة للإصابة به، وفي أية بيئة يكون ذلـك. ومن ناحية أخرى يهتم مدخل علم الأوبئة بـالتعرف على الأمراض التـي لـم يتوصـل إليهـا الإدراك البشري، ولم يعرف أسبابها ووسائط انتشار عدواها. وإذا كان الطب غير قادر علـى معالجـة أمـراض العصر، فلا بد عليه أن يهتم بالأسلوب الوقائي، لأن المداخل الوقائية تعيد اكتشاف الأفكار الأكثر انتشارا على مدى القرن العشرين وخلاصـتها أن أسـباب المرض كامنة أساسا في طبيعة الحياة الاجتماعيـة، وأن هذه الحياة يمكن الارتقاء بها لو اتبعنا التـدابير الوقائية ضد الأمراض عامة، والأمـراض الوبائيـة بنحو خاص.

والواقع أن تراث علم الاجتماع الطبي يحوي إسـهامات عديدة حول علم دراسة أسباب المرض بـدءا مـن أدويـن شادويك E. Chadwick في دراسته لأسباب الوفيات الناجمة

إلى الفهرس



عن الأوبئة في عام 1842 [616]، وجون سنو John Snow في عام 1854 حول مرض الكوليرا في لندن [617]، وحتـى هولاند Holland وجليدر ديل Gilderdale في عام 1977 وما بعده [618]؛ حيث قدم هؤلاء إسهاماتهم ودراساتهم أمـام صناع السياسة الاجتماعية. وبالتالي يعد هذا المدخل المنهجي مدخلاً علميا وتحليليا، يساعدنا في الوصول إلى افتراضـات عامة، تخضع للتحقق الواقعي، وتقدير مدى حاجة المجتمـع إلى الخدمات الصحية. وفي النهاية يفيدنا هذا المـدخل فـي التعرف على الأبعاد الاجتماعية والثقافية المرتبطة بالـصحة والمرض[619].

3- **مدخل دراسة معدلات الوفيـات** mortality يعتبـر اختلاف معـدلات الوفيـات متغيـرا فارقًـا بـين

([616]) د. علي المكاوي، الجوانب الاجتماعية والثقافية الخدمة الـصحية مرجع سبق ذكره، ص ص 21 – 22.

([617]) David Mechanici, op. cit., pp. 125 – 130.

([618]) Freeman and others, op. cit., pp. 442 – 443.

([619]) د. علي المكاوي. الخدمة الصحية في مصر، مرجع سابق الذكر. الفصلان الثالث والرابع ص ص 98 – 185.

المجتمعات من ناحية، وبين الطبقات الاجتماعية في المجتمع الواحد من ناحية أخرى. كما يكـشف هـذا الاختلاف عن مضمون اجتماعي وثقافي يتحكم فـي تحديد قدر هذه المعدلات؛ ولذلك فإن تقـدير حاجـة المجتمع إلى الخدمات الـصحية، ونـوع التخطـيط الصحي القائم، ونوعية الخدمات الـصحية ذاتهـا، ترتبط كلها بمغزى تفـسيرات معـدلات الوفيـات وتباينها من مجتمع إلى آخر.

والملاحظ أن معدلات الوفيات تعتمد بالدرجة الأولى على السجلات الصحية لحالات الوفاة، وعلـى التعـداد الـدقيق للسكان. وفي هذه الحالة نحصر عدد حـالات الوفـاة التـي حدثت خلال مدة زمنية محددة بالنسبة لعدد السكان لنحـصل على المعدل المئوي أو الألفي. وقد تُتاح هـذه الإحـصاءات والسجلات، وقد لا تتوافر بصورة ثابتة وصادقة؛ مما يـشوه معدلات الوفيات ويزيفها. ويهتم علماء الاجتمـاع بـإجراء مقارنات حول اختلاف هذه المعدلات في مناطق مختلفة مـن العالم، وعلى مستوى المجتمع الواحد، من أجل الكشف عـن علاقة الوفاة بالمتغيرات الاجتماعية والثقافية، وهذا أثمن مـا

إلى الفهرس

يسهم به علماء الاجتماع الطبي؛ إذ إنهم يكشفون عن طبيعة علاقة معدلات الوفاة بالمتغيرات الديموجرافية كالسن والنوع والإقامة والمهنة، والمتغيرات الاجتماعية؛ كالطبقة والتعليم والبيئة، والمتغيرات الثقافية كالعادات والمعتقدات والقيم وغيرها.

4- **مدخل دراسة معدلات المرض** Morbidity: يعتمد المدخل المنهجي على التعرف على العلاقة بين المتغيرات الاجتماعية وبين الإصابة بالأمراض، وذلك من خلال بعض الأساليب المنهجية المساعدة ومنها:

(أ) السجلات الطبية: ويلجأ الباحثون في علم الاجتماع الطبي إلى هذه السجلات الطبية بالمؤسسات الصحية المختلفة للتعرف على عدد المرضى وعدد المترددين عليها، وعلى نوع المرض ذاته [620] ولكن هذا الأسلوب قد لا يكشف عن الصورة الواقعية للخدمات الصحية ونوع المرض؛ لأن جمهور المرضى لا يقصد

([620]) د. علي المكاوي، الجوانب الاجتماعية، مرجع سابق، ص ص 103 – 117.

إلى الفهرس

جميعه المؤسساتِ الصحية الحكومية مثلاً، بـل يلجـأ بعضه إلى المؤسسات الـصحية الخاصـة، وبالتـالي يصعب الاعتماد على السجلات الصحية.

(ب) الزيارات المنزلية للتعرف على أنواع الأمراض التـي تنتشر بين السكان، والأعراض التي يعانون منها. وهنا تكون البيانـات شخـصية وبعيـدة عـن الـسجلات الإحصائية، ومن ثم يصعب الاعتماد عليها في تحديـد نوع المرض والإصابة به. أضف إلى ذلك أن المريض قد لا يتوافر لديـه الـوعي الـصحي عـن المـرض وأغراضه وأسبابه ومعدل انتشاره، كذلك قد لا يستطيع الاستفادة المعرفية من الطبيب نظرا للعلاقة الرسـمية بينهما، واعتمـاده الفحـص الطبـي علـى النمـوذج الميكانيكي الحيوي [621]. ومن ناحية أخرى فـإن هـذا الأسلوب المنهجي يعجز عن الوصول إلـى الـصورة الواقعية لمعدلات المرض، وخاصـة فـي مجتمعاتنـا العربية التي تتحرج من ذكر هذه المعلومات، أو تتردد

---

(621) انظر: Nicky Hart, op. cit., pp. 10 -11.

إلى الفهرس

لسبب أو آخر. ولذا لا يجب التعويل على الزيارات المنزلية في التعرف على معدلات المرض.

(ج) تقييم الأطباء للعلاج الطبي من خلال المسوح والدراسات الميدانية للسكان، للتعرف على معدلات المرض، ومدى انتشاره في المجتمع المحلي، وقدر التحسن الذي طرأ على المستوى الصحي للمرضى بعد حصولهم على الخدمات الصحية [622]. والواقع أن هذا الأسلوب والأسلوب السابق (الزيارات المنزلية) يتطلبان وعيا صحيا في المجتمع المحلي، وتمهيدا للسكان ليتعاونوا مع الباحثين، وفهما لموضوع الدراسة ذاته.

رابعا: طرق منهجية أخرى مختارة:

نظرا لأن معظم بحوث علم الاجتماع الطبي تهتم بالمتغيرات التي لا يمكن ملاحظتها بشكل مباشر، فإن هناك حاجة ماسة إلى مداخل منهجية متعددة ودقيقة، تساعدنا على وضع أيدينا على ما يحدث في الخفاء خلف الأبواب المغلقة. على أن عملية اختيار الطرق والأساليب المنهجية ليست

([622]) انظر: David Mechanic, op. cit., pp. 140 – 145.

عملية نظرية ولا محايدة. فقد نختار طريقة وأسلوبا منهجيـا لا نألفه، أو نتصرف في البحث معتقدين بأن هنـاك متغيـرا واحدا مستقلاً سائدا، وباقي المتغيرات تابعة، وبالتالي يمكـن أن يثار الشك حول نتائج هذا الأسلوب المنهجي. ولا مخرج من هذا المأزق إلا باستخدام عدة طرق وأسـاليب منهجيـة للتحقق من الفروض واختبارها في الواقع من ناحية، ودراسة بعض المشكلات باستخدام مدخل منهجي مرات متكررة على أيدي نفس الباحثين أو باحثين آخرين مختلفين مـن ناحيـة أخرى. وعلى الرغم من ندرة البحوث والدراسات التتبعية في علم الاجتماع الطبي، إلا أن هناك بعض المحـاولات التـي قدمها ريدر Reeder وبركانوفيتس Berkanovic وكـونتز Kunitz في عام 1975.

وتجدر الإشارة إلى أن طرق البحث في علـم الاجتمـاع الطبي تتشابه مع الطرق المستخدمة في بحوث علم الأوبئـة، وعلم الصحة، للتعرف على الاضطرابات الصحية واستجلاء أسبابها وفهم تطورها وكيفية الوقاية منها. وفي هذا الـصدد يستخدم علماء الأوبئة وعلماء الصحة العامة دراسات الحالة، والتجريـ ـب المعملـ ـي experimental laboratory،

والدراسات السكانية Population studies بقصد الكـشف عن مجموعات الارتباطات القائمة بين المجتمـع والـصحة والمرض، وخاصة ما يتعلق بأسباب الاضطرابات الصحية، والآثار المترتبة عليها [623].

والواقع أن المتخصص في علم الاجتماع الطبي ليس ببعيد عن استخدام هذه الطرق المنهجية والاعتماد عليها في بحوثه ودراساته [624]. إلا أنه لا يستخدم بالضرورة نفس المتغيرات التابعة والمستقلة والدخيلة بنفس الاختيـار. وقـد يـستخدم مصطلحات ومفاهيم بطريقة مختلفة. إلا أن منطـق البحـث حول الصحة والمجتمع لا يختلف بين هؤلاء العلماء (علمـاء الأوبئة والصحة العامة) وبين عالم الاجتماع الطبي.

ولقد أجريت عدة دراسات على الأمراض الوبائية، أفادتنا في التعرف على أمراض البيئة [625]، علاوة على أنها قدمت

([623]) Handbook of Medical Sociology, op. cit., p. 442.

([624]) د. علي المكاوي، الخدمة الصحية في مصر، مرجع سابق، ص ص 381 – 390.

([625]) د. علي المكاوي" "البيئة وأنماط المرض: دراسة ميدانيـة فـي محافظة البحر الأحمر"، تحت الطبع.

إلى الفهرس

بعض الطرق والأدوات المنهجية التي يعتمـد عليهـا علـم الاجتماع الطبي. ولعل الدراسات التقليديـة الـشهيرة التـي أجراها أدوين شادويك (1842) على الوفيات الناجمـة عـن الأمراض الوبائية، والبحث عن الحالـة الـصحية للطبقـات العاملة في بريطانيا، أمثلة على ما نقول. فقد وضعت هـذه الدراسات الأسس العلمية التجريبية في علم الأوبئة، وخاصة الإجراءات المنهجية التي نتبعها قبل إجراء التجربة، والقواعد التي نلتزم بها فيما بعدها، وكذلك أوضـحت كيفيـة اتخـاذ المرض متغيـرا مـستقلاً يقـيس الاضـطرابات الـصحية والاجتماعية، بالإضافة إلى شرح وتفسير تأثير البيئة علـى الصحة.

ولم يقتصر دور دراسات شـادويك Chadwick علـى إرساء الأسس المنهجية في دراسات الصحة والمرض، وإنما امتد ليلقي الضوء على المجال الطبي، ويفتح آفاقًـا جديـدة لدراسات تالية أجراها علماء الأوبئة في القرن التاسع عشر. لذلك نجد جون سنو John Snow – على سبيل المثـال – يجري دراسة حول الكوليرا في عام 1855 [(626)]، وتـدخل

([626]) David Mechnic, op. cit., pp. 145 – 147.

إلى الفهرس

ضمن أعماله الكلاسيكية، وتساعد على بلورة بعض المفاهيم الأساسية المتعلقة بالمرض كمفهوم المضيف أو العائل host، ووسيلة أو أداة نقل العدوى agent، والبيئة environment ذاتها. ثم اعتبرت هذه المفاهيم فيمـا بعـد بمثابـة الأسـس المنهجية في إجراء الدراسات العديدة على الصحة والمرض والاحتضار والموت [627].

وقد شارك علماء الاجتماع الطبي علمـاء الأوبئـة فـي دراساتهم في الفترة الأخيرة، وأسهموا معهـم فـي وصـف مشاكل الخدمات الصحية ووضع الطرق والأساليب المنهجية المتبادلة، وتقديم خلاصة دراساتهم وبحوثهم لصناع السياسة الاجتماعية. وسوف نعرض بإيجاز لصورة من تلك الطـرق والأدوات المنهجية، مع مراعاة ضرورة مراجعـة الباحـث الجديد في طرق البحث في علـم الاجتمـاع الطبـي التـي تستغرق وقتًا طويلاً، وتعاملاً خاصا مع المرضى، ومحاولة الأخذ بوجهات نظر متعددة.

1- **البحوث التجريبية وشبه التجريبية**: على الرغم من أن التجريب طريقة منهجية لا خلاف على أهميتهـا

([627]) Freeman and Others, op. cit., p. 443.

في البحوث العلمية، إلا أنه أكثر استخداما في العلوم الطبيعية وأكثر احتراما في نفس الوقت. فلا يستطيع الباحث في علم الاجتماع الطبـي أن يتخلـى عـن البحث في العلاقة بين التدخين والـسرطان مـثلاً، بحجة أن الطرق العـشوائية والتـصميم التجريبـي الكلاسيكي لم تعد مقبولة الآن. وإنما عليه أن يتبـع التجريب في دراسة هذه العلاقة، بعد أن يطلع علـى الجديد في مناهج وطرق البحث الاجتماعي. ولعـل ذلك التأكيد على استخدام الطريقة التجريبية يرجـع إلى الأسباب التالية:

(أ) إن المتغيرات التي تخضع للدراسـة فـي التـصميم المنهجي التجريبي، تعتبر أكثر أهمية مـن غيرهـا. وبالتالي يحسن دراستها بالطرق المنهجية الأليق بها، ألا وهي التجربة.

(ب) إن منطق البحث العلمي التجريبي لم يكن بارزا فـي تجارب النموذج الكلاسيكي، والنماذج الأخرى للبحث الاجتماعي.

(ج) إن هناك مجموعة من التصميمات التجريبية، وليس هناك أسلوب أكثر تفضيلاً في عملية التصميم ذاتها؛ إذ إن المنطق العلمي واحد في منهج البحث.

(د) إن البحث التجريبي، قد يخلو من الاختيار، حتى وإن كان هذا الاختيار عمليا ملائما؛ وذلك لأن منطقه يعتمد على قواعد صارمة قبل التصميم التجريبي وبعده، وتحديد الجماعات التجريبية والضابطة.

إن أفضل طريقة منهجية للبحث تعتمد على المتغيرات التي تخضع للدراسة، وعلى الفروض، وأخلاقيات التجريب ذاته. وهكذا صارت بحوث علم الاجتماع الطبي – وخاصة البحوث التجريبية الحديثة – تحوي اختبار النموذج المعتقد الصحي health belief model، وصدق المقياس لقياس التوقعات المرتبطة بالصحة [628] ومن ناحية أخرى، تتحدد مزايا التصميم التجريبي في ضوء الإجابة على أسئلة الثبات relaiability والصدق Validity؛ ولذلك نجد باحثين عديدين أمثال كامبل Campbell وستانلي Stanley وكوك

([628]) انظر: Ibid, the same page.

إلى الفهرس

Cook، يقدمون خلاصة وافية لأساليب البحث شبه التجريبي التي تتلاءم غالبا مع البحوث الميدانية.

2- البحوث التقييمية: يشهد مجتمعنا المعاصـر تقـدما ملحوظًا في جهود تقييم برامج الخدمات الاجتماعيـة التي تستهدف تحسين الصحة وتحقيق الرفاهية، فـي ظل ظروف تتضاءل فيها الموارد، وتتزايد معدلات الطلب على الخدمات المختلفة. ولا حل لهذه المعادلة الصعبة إلا من خلال استغلال الطاقـات المتاحـة. ولذلك فـإن الأسـاليب والأدوات المنهجيـة التـي نستخدمها في تقييم مدى كفاءة هذه البرامج، تـسمى بالبحوث التقييمية ذات المنهجية الخاصـة، والتـي تتراوح بين الإعلان عن نجاح البرنامج بطرق ذاتية خاصة أو رسمية، والمجهودات النمطية التفـصيلية، وبين تقديم تصنيف للبرنامج وتقييم علمي له.

وتجدر الإشارة إلى أن الكثير من بحوث التقيـيم تـدور حول خدمات الصحة العامة، والصحة العقلية؛ نظرا لـضآلة الموارد، وضرورة معايشة هذه الخدمات ومتابعتها ليتـسنى إصدار القرارات باستمراريتها. وعلى الرغم مـن أن هـذه

البحوث تعتمد على المعطيات الكمية، إلا أنها تستخدم كلا من المعطيات الكمية والكيفية؛ فالإفراط في الاعتماد على المعطيات الكمية يمكن أن يحجب المعرفة الكيفية بهذه البرامج والسياسات والخدمات. وإذا كانت بحوث التقييم تثير قضايا معينة، وبعض الأسئلة المتعلقة بأهداف البرنامج وهوية المستفيدين منه، وأسباب هذه الاستفادة، فإن الباحث يرتبط هو الآخر بأهداف البرنامج، مثلما يتساءل عما ينبغي أن يحققه، وماذا ينبغي عليه أن يكون؛ لذلك فمن الأهمية بمكان أن يحدد الباحث مشكلة البحث المتعلقة بالجمهور المقصود بالخدمة، وتحديد الوسائل المنشودة لتقييم برنامج ما. كما يحدد أصحاب المصلحة المستفيدين من البرنامج أو المشروع، ومجالات اهتمامهم وأهداف مسعاهم وآمالهم ومخاوفهم. كذلك يراعى كيفية جمع المعلومات المتاحة، ويتفكر في مدى ارتباطها بموضوع الدراسة. وفي كل ذلك فهو يوائم بين الطريقة والأسلوب المنهجي وبين المشكلة التي يتناولها؛ حتى يضمن الوصول إلى نجاح كل من البرنامج والتقييم.

والواقع أن كولمان Coleman أضاف مرحلـة أخـرى لعملية البحث التقييمي، وتتمثل في مراعـاة مـدى أهميـة القرارات والمناقشات المرتبطة بتوصيل الرسـالة وتحقيـق النتيجة ومضمونها، خاصة إذا كانـت الرسـالة (البرنـامج أو المشروع) غير مألوفة أو لا يتقبلهـا المجتمـع والثقافـة بسهولة.

3- **نماذج المعادلات البنائيـة** Structural Equation Models أدى الاهتمام بالعلاقات السببية في العلوم الاجتماعية، إلى خلـق مجـالات جديـدة للبحـث الاجتماعي، أثبتت كفاءتها أحيانًا، وأدت إلى تطـوير الأدوات والأساليب الإحصائية في دراسة الظـواهر الاجتماعيـة كالتحليـل الارتجـاعي regression analysis. ومن بين هذه الأسـاليب والأدوات مـا يعرف بنماذج المعادلات البنائية، وما تحويـه مـن أنساق المعادلات الآتية Simultaneous equation systems، كما تسمى في الجبر، والمخططات العلية الخطيـة Linear causal schemes والتحليـل

المجــازي Path analysis ونظريــة اختبــار المستوىTest score Theory... إلخ [629].

والواقع أن استخدام المصفوفة الجبريـة، والإحـصاءات الرياضية يلقي الضوء على العلاقة السببية التي تسير في أحد اتجاهين. فإما أن تكون العلاقة سـببية خطيـة recursive حيث تسير في اتجاه واحد، بمعنى ألا توجد علاقة تبادلية بين المتغيرين في التـأثير. وإمـا أن تكـون العلاقـة وظيفيـة Functional، بمعنى وجود علاقات تفاعلية بين المتغيرات يتبادل فيها الفعل ورد الفعل التـأثير والتـأثر. لـذلك فـإن العلاقات والارتباطات السببية تستمد من خـلال المعـادلات الرياضية بين المتغيرات، وإن تأكيد هذه العلاقات يعتمد على فحص معاملات الارتباط.

وإذا كانت هذه النماذج قد تعرضت للنقد باعتبارها بالغـة التجريد، وتقيد أفكار الباحث، وتعرقل انسيابها المنطقـي، إلا أن استخدامها في علم الاجتماع الطبي يتزايد حاليـا بحكـم

([629]) Handbook of Medical sociology, op. cit., p. 444.

إلى الفهرس

الاعتماد على الحاسوب [630] (الكمبيوتر) فـي المجتمعـات الغربية، والإفراط في التحليلات الإحـصائية فـي البحـوث الاجتماعية. وعلى سبيل المثال، أجرى بيركي Brki وكوبـا شيجاوا Kobashigawa دراسات على الحاجة إلى الرعاية الطبية كمحدد أساسي لقياس فائدة الرعاية الإسـعافية. كمـا درس باحثون آخرون محددات اللجوء إلى الطبيب، والعلاقة بين المكانة الاجتماعية الاقتصادية وبـين وفيـات الرضـع infant mortality، ومدى الاختيار في الرعاية الطبية.

4- البحوث المسحية (المسوح): من الملاحظ أن بحوث علم الاجتماع الطبي صارت تعتمـد علـى المـسح بصورة متزايدة. ولذلك يحوي تـراث هـذا العلـم تصميمات منهجية أساسية تتضمن عديدا من المسوح القطاعية التبادلية Cross – Sectional surveys،

([630]) حول الحاسوب وحجم الاعتماد عليه في العالم المعاصر انظـر: د. أسامة أمين الخولي، "الحاسوب: هذا الطفل الذي ولد كبيرا"، مقـال منشور بمجلة عالم الفكر، المجلد 18، العدد الثالث، أكتوبر – ديـسمبر 1987، الكويت، ص ص 3 – 20.

والمسوح الرأسية أو الطولية. ولعل الاختلاف بـين هذه المسوح راجع إلى تحقيق أغراض خاصة تتواءم مع طبيعة الدراسة ذاتها، ضمن ما يسمى في مناهج البحث باللياقة المنهجية [631]. وبالتالي فـإذا أخـذنا عينة معينة من عدد معين من السكان، وجب أخـذ عينة أخرى من عدد آخر منهم، في ضـوء قواعـد طريقة القياس الاجتماعي. ويتم جمع البيانات بطريقة المسح المستعرض في وقت معين، ومن عينة ممثلة للمجتمع حتى تعكس طبيعته وخصائصه الاجتماعية العامة. أما بالنسبة للمعطيات المستمدة من المجتمـع بطريقة المسوح الرأسية، فإنها تجمع علـى فتـرات مختلفة ليتسنى الوقوف على معدلات التغير الطارئ، وأهم معالمه [632]. وقد يستهدف هذا البحث المسحي وصف ظاهرة اجتماعية طبيـة معينـة (كوفيـات الرضع، والإعاقة، والأمراض العقليـة، والأوبئـة)

([631]) د. محمد عارف، المنهج في علم الاجتماع، ط2، مكتبة الأنجلـو المصرية، القاهرة، 1975، ص ص 125 – 128.

([632]) انظر: Freeman and others, op. cit., p. 444.

إلى الفهرس

فيكون مسحا وصفيا. وقد يستهدف تفسير هذه الظاهرة فيعد مسحا تفسيريا [633].

وتشتمل البحوث المسحية الطولية أو الرأسية على دراسات الميول trends والجماعات cohort واختيار الهيئات الاستشارية Panedl studies. وهناك أمثلة عديدة على استخدام المسوح في علم الاجتماع الطبي. فقد أجريت على موضوعات عديدة مثل انتشار الظروف المرضية وأحوال المرض morbid conditions وسلوك الصحة والمرض، وجدوى الخدمات الصحية، وتكلفة الرعاية الطبية، والقيم والمعتقدات المتعلقة بالصحة، ومدى الرضا عن الخدمات الصحية. وقد تنوع المبحوثون ما بين أطباء ومرضى وعمال وموظفين وأفراد عاديين من الأسر، ومديرين ورجال ونساء من الشارع. وقد اعتمدت بحوث الأوبئة على طرق المسح بكثافة، وخاصة الدراسات التي أجريت على المناطق الريفية والحضرية، مثل العلاقة بين المكانة الاجتماعية الاقتصادية والسلوك الصحي الوقائي،

---

(633) د. محمد عارف، المنهج في علم الاجتماع، مرجع سابق، ص 260 وما بعدها.

ومتطلبات المهنة وتأثيراتها على الـصحة. وهـي بحـوث مسحية يجمع الباحث بياناتها بنفسه من خـلال الاسـتبيانات أو المقابلات.

5- **الملاحظة**: وهي طريقة من طرق البحث فـي علـم الاجتماع الطبي؛ حيث يعتمد عليهـا الباحـث فـي معرفة النسق الاجتماعي وللمؤسسة الصحية كنـسق مفتوح وكنسق مغلق، وملاحظة الـسلوك الرسـمي وغير الرسمي داخلها، والعلاقات السائدة بين أعضاء النسق الطبي والمرضى.. إلخ [634]. وإذا قام الباحث بالمشاركة بدور في المجتمع الذي يدرسـه، نكـون بصدد الملاحظة المشاركة، وهي التي تساعدنا فـي التعرف على الجوانب الاجتماعية المتعلقة بالـصحة والمرض. كما تكشف عن التنظيم الرسـمي وغيـر الرسمي للمؤسسة الصحية وطبيعة التفاعل بينهما.

والواقع أن الملاحظة بنوعيهـا (المباشـرة والمـشاركة) طريقة مثمرة منهجيا في بحوث علم الاجتماع الطبي، وتزداد

([634]) د. علي المكاوي، الخدمة الصحية في مصر، مرجع سابق، ص 381.

إلى الفهرس

أهميتها في أثناء دراسة المؤسسات الصحية عامة. ولذلك نجد الدراسات الرائدة في هذا العلم قد اعتمدت على الملاحظـة. ولعل دراسات كولمـان Collman للمؤسـسات الـصحية الشاملة في عام 1961، ودراسة شـيف Scheff لمستـشفى الأمراض العقلية في عام 1970 وسياسته الصحية وغيرها، وأمثلة بارزة في تراث علم الاجتماع الطبي [635].

ومن ناحية أخرى فقد استخدم نفر من علمـاء الاجتمـاع الطبي أسلوب مقابل الخبراء والمحكمين لتطـوير أسـاليب البحث وطرقه المنهجية. وفي ضوء هذا الاتجـاه يـستخدم الباحث دليل الملاحظة، وهو وسيلة توجه مسار الدراسـات الميدانية، ويحوي مجموعة رءوس موضوعات تساعد علـى التركيز في توجيه الملاحظة وإدارة المقابلات بنوعيها (الحرة والمقننة) [636].

وهناك اتجاه منهجي آخر ظهـر فـي منـاهج البحـث الاجتماعي وهو الأثنوميثودولـوجي ethnomethodology

---

([635]) Freeman and Others, op. cit., p. 445.

([636]) د. علي المكاوي الجوانب الاجتماعية والثقافية للخدمة الـصحية، مرجع سابق ص ص 118 – 119.

أو الواقعية المنهجية أو الواقعية الشعبية كما يسميها الدكتور سعد الدين إبراهيم. ويمثل هذا الاتجاه مخروطًا ينقي مدركات الإنسان، ويفسر له كل ما تنطوي عليـه الأنـشطة اليوميـة وصور التفاعل اليومي من معان عامـة ذات مغـزى فـي السلوك الصحي والمؤسسات الصحية [637]. ولعل دراسـات روثRoth فـي حجـرة الطـوارئ emergency room بالمستشفى، وأميرسون Emerson فـي دراسـات حـول فحوص أمراض النساء Gynecological Examinations وغيرهما أمثلة على هذا الاتجاه.

6- دراسة الحالة: وهي طريقة من طرق البحث في علم الاجتماع الطبي، يستخدمها الباحث في الكشف عـن العلاقة بـين الـصحة والمـرض وبـين الوسـط الاجتماعي، وتحديد الوظائف الاجتماعية التي تقـوم بها مجموعة النظم الاجتماعية فيما يتعلق بالـصحة

(637) انظـر Handbook of Medical Sociology, op. cit., p. 446.

إلى الفهرس

والمرض [638] وتفيدنا دراسة الحالـة كـذلك فـي الدراسة المتعمقة لأعضاء النسق الطبـي الرسـمي، للتعرف على دورهم في أداء الخدمات الصحية فـي المجتمع، وفهم طبيعـة الأداء المهنـي مـن حيـث المنشطات والمعوقات، والأمراض الأكثر انتـشارا ودرجـة الاسـتعداد الطبـي العلاجـي والوقـائي لمواجهتها، والتحقق من الأسباب الاجتماعية والثقافية وراء الإصابة بها. ولعل دراسة الحالة هنا تقدم لنـا صورة تحليلية بنائية للنسق الطبي من الداخل [639]. كما تفيدنا في التعرف علـى المعـالجين الـشعبيين المحترفين وعلاقتهم بالنسق الطبي الرسمي.

7- القياس والعـد measurement and scaling: إن العلم مركب متداخل بـين النظريـة والملاحظـة، وبالتالي فإن وسائل الالتقاء بينهما يمكن إخـضاعها

([638]) د. محمد عارف. المنهج في علم الاجتماع، مرجع سـابق، ص 267 وما بعدها.

([639]) د. علي المكاوي، الخدمة الصحية في مصر، مصدر سابق، ص 383.

للعد والقياس. فهناك مجموعة من المفاهيم العالميـة التي يعبر عنها بالصياغات أو البناءات للنظرية مثل الأحرف الخمسة (Five D) من ناحية، وملاحظات مضبوطة أو سجلات للأحداث التي تزودنا بالمعرفة المنظمة عن هذه المفاهيم من ناحية أخرى. ومن ثم، فإن المرج بين هذين الجانبين واستنتاج النظام منهما، يتضمن مجموعة من العمليات تـشكل مـا نـسميه "القياس".

ولقد أشار بعض علماء الاجتمـاع الطبـي إلـى أهميـة ووجاهة دراسة العلاقة بين متغيرات اجتماعية معينة وبـين المرض، إذا ما كانت هذه المتغيرات قابلة للقياس بـسهولة. ولعل أساس هذا التشكك راجع فعلاً إلى رغبتهم الواضحة في الوصول إلى أشكال من القياس بالغة النظام، بمعنى تحديـد مقاييس فاصلة من المعدلات والنسب. ومع ذلك، فإن علمـاء الاجتماع الطبي يستخدمون كل أشكال وصور القياس. وقـد أوضح لأزار زفيلـد Lazarsfeld وبـارتون Barton أن هناك خطًا مباشرا للانتقال المنطقي من التـصنيف الكيفـي لمعظم الأشكال الصارمة للقياس من خلال المقاييس المتدرجة

إلى الفهرس

والتـ ـصنيفات متعـ ـددة الأبعـ ـاد ranking Scales والتنمـ ـ ـ ـيط multidimenational classifications والمؤشرات الكميـة Typology Quantitative indices البسيطة [640]. وبهذا نقول إن القياس يعني ببـساطة "تقـدير الأعداد لتمثل النسب".

وهناك مجموعة من القواعد التي يطبقها العلمـاء أثنـاء تحديد الأرقام، وتسمى بأنماط المقاييس؛ حيث يوجد المقياس الأسمى nominal، والمقياس الترتيبي ordinal والمقيـاس الفاصل interval ومقياس النسبة ratio. ومع وجود أنمـاط أخرى مـن المقـاييس، إلا أن علمـاء الاجتمـاع الطبـي لا يستخدمون أكثر من هذه الأنماط الأربعة، التي يسمى كل مقياس منها باسم المجموعة الرياضية أو مجموعـة النتـائج التي يمكن استنتاجها عند استخدامه.

([640]) Freeman and Others, op. cit., pp. 446 – 447.

إلى الفهرس

الفصل التاسع

الأسس النظرية لعلم الاجتماع الطبي

مقدمة:

يعتبر الطب وعلم الاجتماع مجالين من مجالات البحـث التي تبعد عن التعقيد. والغالب على النماذج النظريـة أنهـا تحتاج دائما إلى مراجعة وتحقق دائم، حتـى نتغلـب علـى جوانب القصور فيها. ولذلك يرى كـوهن Kuhn أن هـذه النماذج تُمثل تجريدا لمجموعة من الظواهر التـي تخـضع للملاحظة، وتقدم استراتيجيات للبحث الميداني لتدعيم النموذج وتأكيده، وتشير إلى القضايا والمشكلات التي تتطلب الحـل، وتفسر الظواهر التـي لا تقـدر النمـاذج الـسابقة علـى تفسيرها[641].

ويأتي علم الطب وعلم الاجتماع على عكس علم الطبيعة؛ حيث يتطلبان عديدا من المفاهيم والنظريات التي تساعدنا في

([641]) Freeman and Others, op. cit., p. 438.

إلى الفهرس

تفسير مجموعات معينة من الظواهر؛ ولذلك حاول منظـور هذين العلمين استخدام البناءات النظرية Constructs لتحقيق هذا الغرض، بدءا من القرن الثامن عشر؛ حيث قدم بنيـامين روش Bejamin Rush نظريـــة "للفعــل التــشنجي" Convulsive Action التــي ينظــر إليهــا الطــب الآن باعتبارها بدعة طبية. وما أن وصلنا إلى القـرن العـشرين حتى اجتهد تالكوت بارسونز T. Parsons علم الاجتماع في نظريته عن الفعل الاجتماعي social action، لكي يوحـد الأفكار المبعثرة حول هذا الفعل.

وفي القرن التاسع عشر، أعلن هيلم هولتز Helmholtz عالم الطبيعة وبعض زملائه أن كل النشاط البشري – بما فيه الوعي – قد يرجع في النهاية إلى بعض القـوانين الطبيعيـة البسيطة. ولعل كل هذه الجهود أثرت علم الاجتماع، وأفادته بإضافة مجال البيولوجيا الاجتماعية sociobiology علـى سبيل المثال، وهو المجال الذي يدرس الأسـس البيولوجيـة الكامنة خلف كل السلوك الاجتماعي. وقد يكون سابقًا لأوانه أن نتنبأ بأن كبار منظري علم الاجتماع سـيواجهون نفـس المصير الذي واجه علماء الطبيعة من قبـل. فـالتغير أمـر

حتمي في الحياة الاجتماعية وحتى الظواهر الطبيعيـة. وإذا كان مجال المعرفة في علم الاجتماع يختلـف مـن الناحيـة الكيفية عن مجال علمي الطبيعة والكيميـاء، ويبـدو أكثـر عرضة للتغير، فإن ذلك كاف في حد ذاته للبرهنة علـى أن التفسير العلمي – لأي مجال علمي – يخضع للتغير، كما في حالة الظواهر البسيطة [642].

ولعل المدخل الذي انتهجه روبـرت ميرتـون Robert Merton يثير تفاؤلنا في هذا الصدد نحو علم الاجتماع. فقد سعى ميرتون لتطوير النظريات متوسطة المدى middle – range theories التي يسهل اختبارها في الواقع، والتحقـق من مدى صحتها، بدلاً من التركيز على النماذج التـصورية التي تستلزم توافر نظريات بديلة. ومن ناحية أخـرى، فـإن النظريات صغيرة النطاق أو المحدودة Limited theories يمكن أن تندمج وتتشكل في صيغ وبناءات تصورية عامـة. ومن الممكن أن نذكر الأمثلة التالية على هذا الاتجاه النظرية في المجال الطبي:

([642]) Handbook of Medical Sociology, op. cit., p. 439.

إلى الفهرس

1- العلاقات القائمة بين التغذية وتـصلب الـشرايين atherosclerosis.

2- العلاقات بين تدخين السجائر وسـرطان الرئـة Jung – Cancer.

3- ضغوط ومتاعب الحياة، والتوتر النفسي.

هذا بالإضافة إلى العديد من النظريات الأخرى المماثلـة حول عدوى المرض. وقد أثارت هذه النظريات الاهتمام مدة طويلة؛ حتى تراكمت حولها دراسات وبحوث متنوعة. وفي السنوات الأخيرة، بدأ نفر من علمـاء الاجتمـاع المحـدثين يقيمون الارتباطات والعلاقات بـين الدراسـات التجريبيـة (الواقعية) العديدة في الطب وبين النظريـة الـسوسيولوجية العامة، وذلك بالإشارة عادة بين الفجوة القائمة بـين النتـائج الواقعية وبين الأطر التصورية الواسعة.

والواقع أن التنظيم في علم الاجتماع الطبي، يرجع إلـى جهود بعض علماء الاجتماع العام، وعلى رأسهم ثلاثة رواد أثاروا الاهتمام بالمجال الطبي، وقدموا فيه نظريات مهمـة، لا تزال شاهدة على إسـهامهم حتـى الآن، وهـم تـالكوت بارسونز، وإليوت فريدسـون Freidson ودافيـد ميكانيـك

D.Mechanic فقد صكوا مصطلحات ومفاهيم جديدة مثـل دور المـريض Sick role وسـلوك المـرض illness behavior والانحراف deviance، والأنمـاط المعياريـة normative patterns لعلاقة الطبيب بالمريض، والطـب والضبط الاجتماعي Social Control [(643)].

وقد خضعت هذه المفاهيم للدراسة والبحث، للتعرف على أهميتها التفسيرية، ودورها في سد الفجوة بين النظرية فـي علم الاجتماع الطبي وبين واقع ظواهر الصحة والمـرض. ومع ذلك فليست هذه التفسيرات اختبارات واقعية للنظرية في هذا العلم.

ومن ناحية أخرى، هناك تطور هام آخر في علم الاجتماع الطبي، يتمثل في الجهود التي يبذلها بعض العلمـاء حاليـا لإرساء المنظور الجدلي أو المادي لتوضـيح الفـارق بـين المرض الفيزيقي disease والإعياء illness، وباعتبارهـا

([643]) راجع كتابنا "الجوانب الاجتماعيـة والثقافيـة .." ص ص 51 – 61، للمزيد من التفاصيل.

إلى الفهرس

نتاجا للبناء الاجتماعي والظروف الاجتماعية [644]. وتميل هذه التحليلات نحو توضيح طبيعة الصراع الطبقي، والتناقضات القائمة في داخل النظام الصحي ذاته. ولعل تناول علم الأوبئة لظواهر الصحة والمرض، ومن وجهة النظر المادية هو الوحيد الذي يمثل بداية الانتقال من التحليلات السياسية إلى البحوث والدراسات الواقعية [645].

ومع ذلك تظل الصلة بين نظريات الطب وعلم الاجتماع مجالاً جديدا نسبيا للبحث. وقد حاول برينر Brenner التحقق من طبيعة العلاقة بين التغير الاجتماعي – وخاصة في المجالات الاقتصادية – وبين المرض العقلي، وبالتالي تحديد ما إذا كان هذا التغير يؤثر على قدرة المجتمع على تحمل الاضطراب العقلي، أو يؤثر على وقوع الاضطراب ذاته. والملاحظة أن الكثير من البحوث العلمية صارت تهتم بالعوامل الاجتماعية الثقافية والعوامل الاجتماعية النفسية، ودورها في زيادة معدل الاضطرابات العقلية. وهي بحوث

([644]) د. علي المكاوي، الخدمة الصحية في مصر، مرجع سابق، ص ص 247 – 250.

([645]) انظر: Freemand and other, op. cit., p. 439.

إلى الفهرس

تعتمد إلى حد كبير على صيغ افتراضية خاصة مستمدة مـن نظريات علم الاجتماع، بقصد إخضاعها للتحقق الواقعي.

والجدير بالذكر أن معظم بحوث علم الاجتمـاع الطبـي تواجه مشكلات معقدة حينما تحاول صياغة نظريات تجـسد طبيعة المتغيرات الاجتماعية والطبية، وبالتالي تحديد أي هذه المتغيرات هو المستقل وأيها هو التابع [646]. ولعـل بعـض هذه المشكلات يرجع إلى أن نظرية علم الاجتمـاع الطبـي، تعتمد أساسا على التصور المجرد، والأحرى أن تعتمد على كفاءة تفسيرية بحكم ارتكازها على معطيات واقعية. وهكـذا تتحدد القضية في كيفية توافر الدقة والأمانة في عملية جمـع المعلومات التي تستهدف الربط بين النظرية وطرق البحـث الميداني.

ومن الأمثلة الجادة للدراسات التي تسعى للوصـول إلـى الكفاءة التفسيرية، الدراسات التجريبية التي أجراهـا كـسلر Kessler وليفين Levin وجيل Gell والينـسون Elinson

---

([646]) انظر التفاصيل في الفصل الثامن من هذا الكتاب.

وهو كستيم Hochstim حول صحة المجتمع المحلي [647].

وتتميز هذه الدراسات بأنها تقـدم فرصـا فريـدة لتنـاول الاختلافات القائمة بين العلوم الإنسانية والطبيعيـة، وتـشتق مجموعة من الفروض المستمدة من العلوم الاجتماعية وعلوم الصحة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن استمرار هـذه الدراسـات يسمح بتراكم المعرفة الاجتماعية الطبية، وصياغة الفروض الجديدة من نتائج الدراسات السابقة في أطر منظمة؛ مما يتيح أجراء البحوث المتعمقة، فتتعمق معرفتنا بتوزيـع المـرض وطبيعته، وانتشاره بين السكان.

ولعل دراسة فرا منجهام Framingham على أمراض الدورة الدموية التي تصيب القلب، مثال فريد على الجهـود العلمية النادرة، لإجراء هذه البحوث التجريبية على السكان.

وأخيرا يمكن القول بأن هذا التقدم اليسير في الارتباط بين النظرية في علم الاجتماع الطبـي، وبـين واقـع الـصحة والمرض، يرجع إلى حد ما إلى أن المتخصصين فـي هـذا العلم (السوسيولوجيون والأطباء) لم يلموا إلماما كافيا بالإطار

([647]) انظر: Freeman and other, ibid, p. 439.

النظري للعلم الآخر. وبالتالي فإذا وجدت هذه الصلة، وجب على الباحثين الاعتماد على إجراء البحوث البينية (المتداخلة) التي تتبنى المدخل البيني Interdisciplinary approach؛ حيث تتفاعل المنظورات المتعددة، وترتبط فيما بينها، وتثمر في دراسة المشكلات الاجتماعية الطبية. ولعل هذا المـدخل الذي يربط بين علمي الطب والاجتمـاع خاصـة، والعلـوم الطبية والاجتماعية عامة، يقودنا في يوم من الأيام إلى علـم نظري عام ومتراكم، يمكن تسميته بعلم التحايا السوسيولوجية Sociosalutics.

ونود الإشارة إلى أن نظريات علـم الاجتمـاع الطبـي، لا تزال في بدايتها؛ ولذلك فنحن نعتمد في توضيح الأسـس النظرية لهذا العلم على استقراء التراث العلمي العالمي فـي هذا المجال، وهو تراث ينظـر إلـى الـصحة والمـرض باعتبارهما نتاجا لواقع اجتماعي، ومردودا لواقع ثقافي [648]. أضف إلى ذلك أن دراسات علم الاجتماع الطبـي، تتنـاول الأسس النظرية تحت عنوان "العلوم السلوكية" ككل؛ مما يدل

([648]) د. علي المكاوي. الجوانب الاجتماعية والثقافية، مرجع سـابق، ص 11.

إلى الفهرس

على الاعتماد على منظورات هذه العلوم كعلم الاجتماع وعلم النفس وعلم الأنثروبولوجيا وعلـم الطـب وعلـم الحيـاة.. إلخ[649]. وبالتالي فإن تناولنا للأسس النظرية لعلم الاجتمـاع الطبي، يعتمد على منظورات هذه العلوم السلوكية.

وفي ضوء هذه المقدمة السريعة، نتناول في هذا الفـصل المنظورات السلوكية التالية:

أولاً: المنظور البيولوجي.

ثانيا: المنظور الثقافي.

ثالثًا: المنظور الاجتماعي.

رابعا: المنظور الاجتماعي – النفسي.

خامسا: المنظور المجتمعي.

سادسا: التكامل بين منظورات العلوم السلوكية.

***

(649) David Mecanic, Medical Sociology, op. cit., p. 53.

إلى الفهرس

أولاً: المنظور البيولوجي:

يعتمد هذا المنظور على تأهيـل الأطبـاء – والمهتمـين بالصحة والمرض عامـة – بإكـسابهم المعرفـة النظريـة والعملية بجسم الإنسان في حد ذاته. وإذا كان هـذا التأهيـل ضروريا في حجرات الكشف الطبي والعمليات الجراحية، إلا أنه تأهيل قاصر. فليس المطلوب أن ينشغل دارسـو الطـب ومعلموه بالنتائج العضوية النهائية للمـرض علـى الخليـة والأنسجة والأعضاء التي يتكون منها جسم الإنسان فحسب، وإنما ينبغي الاهتمام بالأسباب الرئيسية للمرض وارتباطهـا بالعلاقات التي تسود المجتمع وسلوك الناس وعلاقتهم بالبيئة التي يعيشون فيها [650]. وهكـذا تتـسع النظـرة للـصحة والمرض من خلال إدراجهما فـي الـسياق الأكبـر الـذي يحتويهما.

وفي ضوء هذا الفهم الجديد، نركز على البيئة التي تتفاعل معها العوامل البيولوجية؛ إذ إنها تترك بصماتها على جـسم الإنسان، على الأداء الوظيفي له، وبالتالي يتكيف الجسم مـع

([650]) Niccky Hart, op. cit., pp. 12 – 13.

هذه البيئة فسيولوجيا. ومن الأمثلة على ذلـك نجـد سـكان السواحل الذين يعملون بالصيد ذوي أذرع قوية العـضلات، كما نجد سيقان سكان الجبال قوية للغاية لكثرة تسلقهم لهـا. وإذن هناك ضرورات بيئية تتدخل لتـشكل أعـضاء جـسم الإنسان وعضلاته بشكل معين.

ومن ناحية أخرى، فإن الجسم البشري يتكيف مع ظروف الطقس والمناخ. والدليل على ذلك أن البـدو يعيـشون فـي المناطق الصحراوية، ويبيت الرجال في العراء بـلا غطـاء أو ثياب ثقيلة. ومع ذلك فلا يصيبهم ما يصيب أبناء الريـف والحضر من نزلات البرد وأمراض الجهاز التنفسي، نظـرا لأن جسم البدوي قد تكيف مـع الطقـس والمنـاخ. ولعـل مشروعات توطين البدو تكشف عن هـذه الحقيقـة؛ حيـث يرفض البدوي المبيت داخل البيت، ويذهب إلى الجبـل فـي المساء لينام، وفي الصباح يعود إلى البيت [651]. لقد تكيـف إذن مع البيئة، فتحقق له التوازن البيولوجي.

([651]) د. علي المكاوي، البيئة وأنماط المرض، مرجع سـابق. تحـت الطبع.

إلى الفهرس

وإذا كانت البيئة هي الأخرى تتغير، فإن الجسم البـشري يتوافق مع هذا التغير بشكل يسير حينًا، وبصورة مجهدة لـه حينًا آخر [652]. كذلك قد يطرح التغير تهديـدا يحـول دون تكامل جسم الإنسان وسلامته، وبالتالي قد يتوافق مع التغير؛ مما ينتج عنه مشكلات صحية وعضوية عديدة [653].

والجدير بالذكر أن المرض يمكن النظر إليه من زاويـة بيولوجية وبالتالي تعريفه في ضـوء المنظـور البيولـوجي باعتباره "تكيف بيولوجي، يعبر عـن تكيـف الجـسم مـع الضغوط الداخلية والظروف الخارجية الخطرة" [654]. وفـي هذا الصدد أوضح أوبري لـويس Aubrey Lewis ثلاثـة محكات طبية تقليدية في تحديـد المـرض، وهـي خبـرة المريض، واكتشافه لبعض الاضطرابات في وظيفة الجـسم، والأعراض التي تتوافق مع النمط الإكلينيكي.

([652]) انظر: David Mechanic, op. cit. p. 54.

([653]) انظـر: Rent Dubos, Mirage of Health, op. cit., p. 186.

([654]) د. علي المكاوي. الخدمة الصحية في مصر، مرجع سابق، ص 248.

إلى الفهرس

إن المنظور البيولوجي يركز على الأبعاد البيولوجية للمرض والعلاج، وينظر إلى المريض كموضوع مادي يخلو من العقل والحس، ويتجاهل العلاقة بين العقل والجسم، وبين الكيان الفيزيقي والكيان العقلي للإنسان [(655)]. ولذلك فإننا لا نضع هذا المنظور في اعتبارنا، قدر ما نهتم بالمنظورات الأخرى ذات الطابع الاجتماعي.

***

ثانيا: المنظور الثقافي:

يهتم هذا المنظور بدراسة العلاقة بين الثقافة والصحة والمرض والوقاية والعلاج، وبالتالي تبرز دراساته جوانب هذه العلاقة، ولا سيما أهمية الثقافة في تحديد أنماط الأمراض، وتفسيرها وعلاجها وطبيعة التفاعل مع الخدمات الصحية الرسمية [(656)]. وفي ضوء هذا المنظور يهتم الباحثون بدراسة علاقة الدين والقيم بالممارسات الصحية،

([655]) انظر : Nicky Hart, op. cit., pp. 11 – 13.

([656]) د. علي المكاوي. الأنثروبولوجيا الطبية: دراسات نظرية وبحوث ميدانية تحت الطبع.

وطقوس الميلاد والمـرض والوفـاة ووظائفهـا الوقائيـة، والأهمية الثقافية للعادات الغذائية.. إلخ [657]. كذلك يحرص أنصار هذا المنظور على تتبع تطـور المـرض وتوزيعـه الجغرافي، والوسائل والأساليب التي اكتـسبتها المجتمعـات للتعامل معه وعلاجه، والطرق المثلى لتحسين الطب الحديث وتطويره، وخاصة في المجتمعات التقليدية [658].

ومن ناحية أخرى، فإن أنماط الثقافـة وأسـاليب الحيـاة الاجتماعية تؤثر تأثيرا كبيرا في تصورنا للمرض واستجابتنا له، وتعبيرنا عنه. ولذلك يلقى هذا المنظور الثقافي الـضوء على المناخ الثقافي الذي يحدد تقييمنا للحـالات المرضـية، والأسباب التي نعزوها إليها، والأشخاص الـذين يتمتعـون بالسلطة في تقييمها وتقدير وزنها، وتحديد طرقها العلاجيـة. أضف إلى هذا أن المنظور الثقافي يحدد تعريفات المـرض، ومستويات خطورته أو بساطته، والأمـراض التـي يقبلهـا

([657]) Logan and Hunt, (ed), Health and Human Conditions, Wadsworthpublishing Co, Inc., California, 1978, p. xiv.

([658]) د. علي المكاوي، الصحة والظروف البشرية، مرجع سابق، ص 328.

إلى الفهرس

السياق الثقافي، والأخرى التي يعتبرها وصـمة كـالمرض النفسي والعقلي على سبيل المثال.

وتدل الدراسات الأنثروبولوجية الطبية على أن اخـتلاف الثقافات؛ يؤدي إلى اختلاف في التعبير عن الألم، وفي تفسير أعراض المرض والتجاوب معها [659]. ولعل هـذا التبـاين راجع إلى أسلوب التنشئة الاجتماعيـة والثقافيـة، وبالتـالي يعكس اختلاف سلوك المرض الأسـاليب المكتـسبة ثقافيـا للتوافق مع الثقافة السائدة والسياق الاجتماعي العام: فهنـاك ثقافات تربط الهزال والأنيميا بسوء التغذية، على حين تعزوه ثقافات أخرى إلى الحسد والكائنات فوق الطبيعية.

والواقع أن علم الاجتمـاع الطبـي يـولي الاسـتجابات الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض أهمية خاصة، تجلـت في تنميط سلوك المرض، من خلال وجهتي نظر متكاملتين. فالأولى تعتبر الأنمـاط الـسلوكية نتاجـا لعمليـة التكيـف الاجتماعي والثقافي، لأنها تمارس دورها في سياق اجتماعي

([659]) د. علي المكاوي، الأنثروبولوجيا الطبية، مرجع سابق.

إلى الفهرس

وثقافي وترتبط به [660]. على حين ترى الثانيـة أن أنمـاط سلوك المرض جزء من عمليـة تـواؤم كبـرى لمواجهتـه وعلاجه. وكلتا الوجهتين تؤكدان على أن الظروف الثقافيـة أكثر تأثيرا وبروزا من الظروف الاجتماعية والاقتصادية.

وقد ألقى علماء الأنثروبولوجيا الضوء على العلاقة بـين الممارسات الطبية والثقافة الشعبية عند الشعوب الأمية؛ ممـا يجسد ملامح هذا المنظور الثقافي ويعمقه. وقـد بـدأ هـذا المنظور على أيدي ريفرز W. H. Rivers منذ عام 1927، حينما قدم دراسة عن "الطب والسحر والدين"، يركز فيهـا – كطبيب وكأنثروبولوجي – علـى دراسـة الطـب كنـسق ثقافي[661]. ثم تبعه كثيرون حتى نصل إلى السبعينيات؛ حيث قدمت أونا ماكلين una Maclean دراسة متميـزة نظريـة وميدانية على مجتمع أبدان بنيجيريا، عن "الطب الـسحري" تناقش فيها العلاقة الوثيقة بين المعتقدات الـشعبية والـصحة

([660]) انظر : David Mechanic, op. cit., p. 260

([661]) د. نبيل صبحي حنا، الأنثروبولوجيا الطبية، مرجع سـابق، ص 21.

والمرض، وتبرز دور الدين والطقوس فـي صـحة أبنـاء اليوروبا [662].

والجديد في هذه الدراسات الأنثروبولوجية أنهـا تـصف الأنساق الطبية التقليدية – أو غير الغربية – بأنها تشخيصية Personalistic وتفسيرية interpretative، فهي تشخيصية بمعنى أن تفسيرها لأسباب المرض ينطلق من بنية المجتمع، وما فيها من توترات وضغوط في علاقات الناس كالتنـافس والغيرة.. إلخ. كما أنها تفسيرية لأنها تبحث عن تفسير سوء الحظ (المرض) بدلاً من الكشف عن سـببه الفيزيقـي [663]. وتوضح لنا دراسة إيفانز بريتـشارد E. Pritchard علـى "الزاندي" بالسودان، توضح لنا العلاقة الوثيقة بين المعتقدات والمرض، وتربط في آن واحد بـين الـسمتين التشخيـصية والتفسيرية [664] فهي تكشف عن التوترات الدفينة في البنيـة

([662]) د/ علي المكاوي، الطب السحري، مرجع سـابق، ص ص 476 – 477.

([663]) انظر: Patrick and Scambler, op. cit., p. 11.

([664]) د. علي المكاوي، الخدمة الصحية في مصر، مرجع سابق، ص 166.

الاجتماعية والثقافية، وتقدم فلسفة لسوء الحـظ (المـرض). وبالتالي فهي تيسر تكيف الأفراد مع المجتمع الذي يعيـشون فيه، وتوفر لهم متنفسا لقلقهم ومتاعبهم، وتجسد لهم أسـباب مرضهم [665].

ولا يقف الأمر عند هذا الحد، بل يتعـداه ليـشمل تخلـل العادات والتقاليد، والقيم والأمثال والاتجاهات فـي قـضايا الصحة والمرض أيضا. كذلك يتولى المنظور الثقافي توضيح دور عادات التغذية والفطام والتصورات والمفاهيم الـشعبية في الحالة الصحية للإنسان. فلا شـك أن عـادات التغذيـة وأساليبها وعناصرها.. إلخ تـستمد مـن الثقافـة، وتـضع بصماتها على المستوى الصحي للمجتمـع [666]. فـالمجتمع الفقير، تفتقر الوجبات الغذائية فيه إلى البروتين والفيتامينـات والسعرات الحرارية. على حـين يـزداد معـدل البـروتين والسعرات الحرارية والفيتامينات في الوجبات الغذائية لـدى المجتمع المتقدم.

([665]) د. علي المكاوي، الشعوذة، الكتاب السنوي لعلم الاجتماع، العدد الأول، دار المعارف، القاهرة، 1980 ص 361.

([666]) انظر: David Mechanic, op. cit., p. 57.

أضف إلى ذلـك أن الأنثروبولـوجيين – مـن أنـصار المنظور الثقافي – قد كشفوا النقاب عـن بعـض المفـاهيم والتصورات الشعبية التي ترتبط بالصحة والمرض. ومنهـا على سبيل المثال، تصورات المرضـعات عـن الرضـاعة ودورها في تشويه جمال المرأة، ولذا يسود الإحجـام عـن الرضاعة الطبيعية والاعتماد على الرضاعة الصناعية؛ ممـا يزيد من معدلات الأمراض بين الأطفال الرضع. ولعل دور تلوث البيئة في تدهور المستوى الصحي، هو الآخر غني عن التعليق. وينطبق ذلك أيضا علـى البيئـة الـصناعية فـي المجتمعات الحديثة، التي تلاشى منها التضامن الاجتمـاعي، واستشرت فيها المنافسة والاحتكار والـصراعات المختلفـة، فأعقبها أمراض جديدة تسمى" بـأمراض العـصر" ومنهـا الأزمات القلبية، وارتفاع ضـغط الـدم والـسكر والذبحـة الصدرية.. إلخ.

كذلك فقد أسهم هؤلاء الأنثروبولوجيون في إلقاء الـضوء على مفهوم الثقافة الخاصة Sub – Culture، وعلى طبيعة علاقته بالصحة والمرض في المجتمعـات الإنـسانية. وإذا كانت هذه الفروق الثقافية لا تنفصل عن العوامل البيولوجيـة

والوراثية، إلا أنها نتاج للسياقين الاجتماعي والثقافي. والدليل على ذلك أن المعايير الثقافية المحددة لأسلوب حياة المجتمع، والترويح والتدخين والحياة الجنـسية.. إلـخ قـد تـصيبها بالمرض، وقد تحميها منه.

وهناك دراسات تكـشف عـن الارتبـاط بـين الطبقـة الاجتماعية وبين الـسمنة وغيرهـا مـن الأمـراض [667]. ودراسات أخرى تتناول مضمون الاستشارة الطبية وعلاقتـه بالوضع الطبقي ونوعية القضايا التي يثيرها المريض أمـام الطبيب [668]. على حين اهتمت نوعية ثالثة من هذه البحوث بتوضيح العلاقة بين المرض والوضع الطبقـي واسـتخدام الوسائل الرشيدة في حالات أمراض الأطفال.

ولعل المنظور الثقافي يزداد وضوحا وأهمية في حـالات التغير الاجتماعي والثقـافي. فبـرامج التغيـر الاجتمـاعي ومشروعاته تعرض الحياة الاجتماعيـة للتحـول – بمعـدل

([667]) د. علي المكاوي. الخدمة الصحية في مصر، مصدر سابق، ص 122.

([668]) تناولنا هذا الموضوع بالتفصيل في الفصل الـسادس مـن هـذا الكتاب.

إلى الفهرس

سريع عنيف أو بطيء متدرج – الذي يؤدي إلى تعديل نماذج التكيف الثقافي. وقد ينتج عن ذلك تعرض المجتمع لمخـاطر صحية في بعض الأحيان، أو وقايته من أمراض محققة فـي أحيان أخرى [669]. إن برامج الـصحة العامـة والحمـلات الصحية Campaigns health مثال يكشف عن ضـرورة الاهتمام بالعوامل الثقافية لإقناع أبناء الثقافات التقليدية بتبني الممارسات والعادات الصحية الجديدة [670]. فقد اهتمت إحدى هذه الحملات بإقناع أبنـاء قريـة لـوس مولينـوس Los Molinos بمجتمع بيرو يغلي مياه الشرب قبل اسـتعمالها، للوقاية من المرض، ومع ذلك لم تنجح الحملة الصحية لأنها لم تراع الثقافة السائدة في القرية [671].

([669]) انظر: David Mechanic, op. cit., p: 59.

([670]) Lucy Mair, An Introdaction to Social Anthropology, London, 1969, pp. 265 – 266.

([671]) د. علي المكاوي، الأنثروبولوجيا الاجتماعية، الموضوع والمنهج والتطبيقات، مكتبة نهضة الشرق، القـاهرة، 1989، ص ص 159 – 164.

ومن خلال هذه الحملات الـصحية وعلاقتهـا بالثقافـة السائدة، يسهم المنظور الثقافي بتوضيح بعض القضايا الهامة التي ترتبط بهذه الحملات. وفيما يلي نعرض لأهمها:

1- إن إدخال مرافق معينة في المجتمع المحلي التقليدي، لا يعقبه بالضرورة تحمس الناس لاستخدامها، بل قد يتحمسون لمقاومتها. وهذا واضح في حالة إدخـال المراحيض في البيوت في مجتمعات الهند وباكستان؛ حيث ترجع المقاطعة إلى مفـاهيم ثقافيـة مرتبطـة بالتفاعل الاجتماعي [672].

2- إن إنشاء المستشفى في المجتمع التقليدي، لا يـشجع الناس للوهلة الأولى للإقامة فيها للعلاج، لأن القـيم العائلية والقرابية تحول دون عزلة المريض وتركـه وحيدا بالمستشفى. كـذلك فهـم يرفـضون فكـرة الزيارات الخاطفة والمواعيد المحددة لها، ويعتبرونها تهديدا لحياتهم الاجتماعية، وبالتالي قد يحجمون عن

(672) انظر: David Mechanic, op. cit., p. 59.

إلى الفهرس

طاب الخدمة الصحية الرسـمية، ويعتمـدون علـى الخدمة غير الرسمية [673].

3- كثيرا ما تملي الثقافة المحلية على أبنائها أن يتجهوا نحو الحاضر، ويتغاضوا عن المستقبل. وبالتالي فقد يرفضون الخدمات الصحية الوقائيـة كالتطعيمـات وبعض التحليلات الطبية، ولعل برنـامج وحمـلات تطعيم الحوامل ضد التيتانوس في مجتمعنا المصري مثال على ذلك؛ حيث ترفض الحامل إعطاء عينة دم قدرها 1 – 2 سم، وقد يهـدد الـزوج الممرضـة ويحملها مسئولية إصابة الزوجـة بأيـة أعـراض مرضية في المستقبل.

4- تلعب العادات الغذائية دورا واضـحا فـي تهديـد الصحة العامة للمجتمعات التقليدية والمتقدمة على حد سواء. فالإكثار من السكريات والأسماك المملحـة، والنشويات يرتبط بقيم ثقافية وعادات غذائيـة فـي المجتمع، ويهدد الصحة العامة كما في عادات شـم

---

(673) د. علي المكاوي، الخدمة الصحية، مصدر سابق الذكر، ص ص 159 – 164.

النسيم وشهر رمضان وعيدي الفطـر والأضـحى والإسراء والمعراج والمولد النبوي الشريف.. إلـخ. وبالتالي ستلزم الأمر فهم هذه العادات الغذائية والقيم الثقافية، ومراعاتها عند إدخال برنامج صحي وتنفيذه والحرص على الاتساق بينها وبين العادات الغذائيـة الجديدة [674].

ثالثًا: المنظور الاجتماعي:

على الرغم من صعوبة الفصل بـين المنظـور الثقـافي والمنظور الاجتماعي، إلا أن هذا المنظور الاجتماعي يركز على احتياجات الحياة الأسرية، ومتطلبات العمل والأنـشطة الاجتماعية بصفة عامة. ولذلك يهتم أنصار هـذا المنظـور بعملية التلاؤم بين الملامح الإنسانية والاسـتجابات البـشرية وبـين متطلبـات الحيـاة الاجتماعيـة والبيئـة الفيزيقيـة والاقتصادية. فالنشاط السائد في المجتمع يتيح الفرص للأفراد

([674]) انظر : Corinne Robinson, Basic Nutrition and Diet Therapy, (4 th. Ed.), Macmillan Publishing co., INC., New York, 1980, pp. 8 – 10.

للتعامل بشكل أو بآخر مع البيئات الاجتماعية المختلفة [675].
ومن ناحية أخرى إذا لم يحدث التكيف البيولوجي، فإنه يرجع إلى قصور في السمات الشخصية للناس، ويرجع أيضا إلـى درجة التلاؤم بين الشخص وبين الوضع الاجتمـاعي الـذي يحتله في المجتمع. ولذلك نجد اسـتجابات هـؤلاء النـاس للمواقف الاجتماعية مختلفة أيضا وفقًا لمبدأ النسبية. فالموقف العسير على شخص، قد يكون يسيرا علـى شـخص آخـر وهكذا.

إن المنظور الاجتماعي يعتبر أن التكيف الاجتماعي عملية بالغة التعقيد، لأنها تشتمل على القدرات النفـسية والأدائيـة للإنسان، وتدريباته ومهاراته، ودرجة التأييد الاجتماعي لـه، وحجم متطلبات البيئة الفيزيقية والاجتماعية، وحجم الـتلاؤم بينه وبين هذه المتطلبات كما يتضمن هذا المنظـور التأكيـد على الدور الحاسم للعوامل الاجتماعية في الصحة والمرض، وفي أسلوب تقديم الخدمات الصحية ذاتها [676]. ولهـذا فقـد

([675]) انظر: Medical Sociology, op. cit., p. 62.

([676]) د. علي المكاوي، الخدمة الصحية في مصر، مرجع سابق، ص 139.

سعت دراسات علم الاجتماع الطبي لرصد هـذه العوامـل، والتعرف على حجم الدور الذي تلعبه في صـحة المجتمـع ومرضه. ومنها دراسة كاسل cassel وتـايرولر Tyroler للكشف عـن العلاقـة بـين التغيـر الاجتمـاعي الـسريع والصحة[677]. كذلك حاولت دراسات أخرى الكـشف عـن مصادر الـضغوط الاجتماعيـة وآثارهـا علـى الـصحة والمرض[678].

والجدير بالذكر أن الصحة والمرض يصعب فهمهما ما لم نضعهما في السياق الاجتماعي الأكبر لمحـاولات الإنـسان التكيف، مع شئون حياته. وبالتـالي فـلا مغـزى للطـب، ولا أهمية للعلاج إذا لم نضع في الحسبان أهميـة العوامـل الاجتماعية والنفسية، بنفس الدرجة التي نراعي بها العوامـل البيولوجية [679] ومعظم الأنشطة الطبيـة. ولعـل المنظـور الاجتماعي أسهم بالفعل في تحويل وجهة النظر الطبية عـن التفسيرات الفسيولوجية والبيولوجية وتوجيهها نحو الأسـباب

([677]) انظر: Patrick and Scambler, op. cit., p. 30.

([678]) راجع التفاصيل في الفصل السادس من هذا الكتاب.

([679]) راجع المنظور البيولوجي في بداية هذا الفصل.

الاجتماعية. ومن ناحية أخرى أثمر هذا المنظور في تعريف المرض تعريفًا بيولوجيا واجتماعيا [680]. كذلك أفاد من جانب ثالث في توجيه اهتمام علماء ودارسي الصحة العامة نحو إحداث التغيير في البيئة الاجتماعية، وفي السلوك الاجتماعي، فتجسد اهتمامهم وتركز على علم الأوبئة الاجتماعي الذي ينظر إلى المرض في ضوء السياق الاجتماعي الأيكويولجي الأكبر.

ومن ناحية أخرى، فإن المنظور الاجتماعي يهتم بالمعايير المرتبطة بالمرض، والاستجابة له. فالسياق الاجتماعي يحدد الظروف التي يستساغ فيها إعلان المريض عن مرضه، والتخفف من واجبات الدور ومسئولياته اليومية. وقد تصدى بارسونز لدراسة هذا الموضوع، وصك مفهوم دور المريض Sick role، على أنه نمط مثالي، يساعدنا في الكشف عن تعريف المرض، وعن الخصائص الاجتماعية له، وظروف التعبير المباح عنه ومسئولياته الاستجابة له [681]، وكذلك

---

[680] انظر: Talcott Parsons, op. cit., p. 431.

[681] د. علي المكاوي، الخدمة الصحية في مصر، مرجع سابق، ص 142.

الحالات التي يستطيع الفرد فيها ادعاء المرض، ومـسئوليته في مواجهته.

وإذا كان المرض أمرا فرديا، والعناية بالصحة أمرا يعتمد على الأحكام الذاتية، إلا أن هناك ظروفًا معينة، يؤدي فيهـا المرض إلى الأضرار بالمجتمع ككل، وبالتالي يظهر السلوك الجمعي الذي يطالب بمواجهته، واتخاذ التدابير الوقائية ضده. والدليل على ذلك أن ارتفاع معدل المـرض والعجـز فـي المجتمع، يعني نقص الطاقات البـشرية، وتهديـد الإنتـاج والأسرة وكل مكونات البناء الاجتمـاعي، وبالتـالي يـسود الاتجاه الجمعي الذي يطالـب بمعالجـة المـرض والعجـز والوقاية منهما. ولعلنا نشهد الآن في المجتمع المصري ميلاً عاما نحو الزواج الاغترابي exogamy (من غير الأقارب)، للوقاية من الأمراض الوراثية والعجز والإعاقة الناجمة عنه.

وفي حالات أخرى تسود النظرة إلى المـرض باعتبـاره خطرا يهدد صحة الآخرين، كما يهدد صحة المريض ذاتـه. وهنا تتدخل الجهات الرسمية المسئولة، وتتخذ الإجـراءات، الكفيلة بحماية المجتمع، ومنها عـزل المـريض بـالمرض المعدي، والإشراف على العاملين في مجـال التغذيـة ومـا

يرتبط به، للحفاظ على الصحة العامة [682]. وعلى أية حال، فإننا عرضنا في موضع سابق [683] لأهم قضايا هذا المدخل الاجتماعي، وبالتالي لن نسهب فيه هنا. أضف إلى ذلـك أن المدخل الاجتماعي هو الإطار التصوري الذي تتبنـاه هـذه الدراسة، وتطالب بأن تتبناه كليات الطب ومعاهد التمريض، حتى تتكامل النظرة للصحة والمرض من الجوانب الفيزيقيـة والنفسية والاجتماعية، فتتحسن الممارسـة الطبيـة وتـزداد كفاءة.

***

رابعا: المنظور الاجتماعي النفسي:

يستمد هذا المنظور أسسه التصورية من علمي الاجتمـاع والنفس، لأن بؤرة الاهتمام فيه تتعلق بأساليب تفاعل الأفراد، واتصالهم ببعضهم البعض، وتأثير كل منهم في الآخر [684]. وهكذا يكشف هذا الميدان بجلاء عن مدى تأثير الأفراد فـي

([682]) انظر: David Mechanic, op: cit., p. 62.

([683]) راجع التفاصيل في الفصل السادس من هذا الكتاب.

([684]) انظر: Medical Sociology, ibid., p: 69.

إلى الفهرس

العملية الاجتماعية، وعن نمو الشخصيات وتـأثر الحـالات النفسية للأفراد بتلك العمليات الاجتماعية.

والواقع أن المنظور الاجتماعي النفسي يهـتم بعمليـات التأثير المتبادل بين الفرد والمجتمع، وذلك في ضـوء عـدة اتجاهات مختلفة. فالاتجاه الأول يتناول هذا التأثير من خلال التركيز على مصادره واستراتجياته. وينظر الاتجاه الثـاني إلى هذا التأثير باعتباره عملية دينامية تنطوي علـى تفاعـل مستمر. في حين يلقى الاتجاه الثالث الضوء على الأشخاص المشاركين في التأثير، والمستقبلين له. وكل اتجاه من هـذه الاتجاهات يتصل بالصحة والمـرض والخـدمات الـصحية بشكل أو بآخر. فإذا تأملنا الاتجاه الأول، وجدناه مناسبا لعمل الطبيب وقدرته على طاعة المريض له، وتنفيذه للتعليمـات والنصائح الطبية. ولعل أفضل مجال تطبيقي لهـذا الاتجـاه يتمثل في حملات الصحة العامة، وإقنـاع أبنـاء المجتمـع المحلي باتباع التعليمات الصحية المفيدة حفاظًا على صحتهم سواء في الظروف العادية أو في حالات الأوبئة [685].

([685]) د. علي المكاوي، الأنثروبولوجيا الاجتماعية، مرجع سابق، ص ص 231 – 244.

أما الاتجاه الثاني فإنه يزداد وضوحا في الكـشف عـن أهمية المنظور الاجتماعي النفسي، في بحثـه عـن القـوى والاتجاهات التي تحكم عملية التفاعل بين الطبيب والمريض، وبعض العمليات التفاعلية الأخرى. بينما يفيد الاتجاه الثالـث في فهم القدرات التأثيرية عند مختلف الأشخاص، والعوامـل الأساسية التي تؤدي إلى تباين القدرة على استقبال المؤثرات وفهمها والاستجابة لها. وكل هذه الاتجاهات تـساعدنا فـي تحسين المستوى الصحي، ونشر الممارسات الصحية النافعة وتخطيط الـسياسة العلاجيـة والاجتماعيـة [686]، وتـدعيم الاستجابة للخدمات الصحية.

ومن ناحية أخرى، فإن المنظور الاجتماعي النفسي يتناول بعض الموضوعات ذات الصلة الوثيقة بعلم الاجتماع الطبي، ويجري لها تحليلاً مفيدا. ومما يؤكد هذه الصلة والأهمية، أن الكثير من المشكلات الاجتماعية الطبية تعتبر نتاجا لتفاعـل العوامل النفسية والاجتماعية، وكذلك تؤثر هذه العوامل فـي مسار الأمراض ونتائجها النهائية، كما أن تكـرار حـدوث

([686]) Charles Bowden and Alvin. Burstein, Psychosocial Basis of Medical Practice: An Introduction to Human Behavior, Williams & Wilkins, London, 1979, p: 19.

إلى الفهرس

المرض ينطوي على نتائج بالغة الأهمية على الحالة النفسية للناس، وعلى حياة الأسرة ككل [687].

يتضح إذن أن علم النفس الاجتماعي – والمنظور المستمد منه – مجالان كبيران، يحويان موضوعات عديدة، تتـداخل مع اهتمامات علوم الاجتمـاع والأنثروبولوجيـا والتحليـل النفسي، وبالتالي تتعدد وجهات النظر والمـداخل المنهجيـة؛ مما ينعكس على طريقة دراستنا للصحة والمرض والظواهر المرتبطة بهما [688]. والواقع إن هذه المنظورات الاجتماعية النفسية تساعدنا عموما في البحث عن الأفكار الجديدة الكفيلة بتطوير العلاج ومواجهة المرض، كما تتيح الفرصة لتبنـي البدائل المختلفة في البرامج العلاجية.

وتجدر الإشارة إلى أن المنظور الاجتماعي النفسي يحوي مجموعة افتراضات حول إمكانات الإنسان وقدراتـه علـى التكيف السلوكي. كما يتبنى أنـصار هـذا المنظـور مبـدأ الحتمية؛ إذ يعتقدون بوجود نموذج جوهري للسلوك، يمكـن

([687]) د. علي المكاوي، الجوانب الاجتماعية، مرجع سابق، صـفحات 27 و 232.

([688]) انظر: David Mechanic, op. cit., pp. 71 – 72.

تفسيره على أساس الدعائم البيولوجية والنفسية والاجتماعية، مع مراعاة دور إرادة الإنسان، والفاعليـة والـسلوكية فـي مجرى الأهداف الإنسانية ومسار السلوك الإنـساني. وهـي تتحدد عموما من خلال الثقافة التي يخلقها الإنسان ويطورها، وخبراته، وقدراته البيولوجية في نفس الوقت.

***

خامسا: المنظور المجتمعي:

يركز هذا المنظور على إبـراز العلاقـة بـين الـصحة والمرض، وبين مجموعة النظم الاجتماعيـة ذات الارتبـاط بهما. وبالتالي يعني هذا المنظور بالتحليل الكيفي لاسـتخدام الصحة كوسيلة لمواجهة المشكلات القائمة فـي المجـالات الأخرى للنشاط الاجتماعي. والواقع إن هذه المهمـة بالغـة التجريد من ناحية، ولا تعكس طبيعة الحياة الاجتماعية مـن ناحية أخرى؛ حيث إن الفصل بين مكونات هذه الحياة غيـر قائم في ضوء النظرة النسقية للمجتمع، وإنما يتم الفصل بينها على المستوى التصوري فحسب من أجل المزيد من الفهـم

التحليلي لطبيعة تكوينها وعناصرها، والدور الذي تقوم بـه، والوظائف التي تضطلع بها.. إلخ.

ويتحدد اهتمام هذا المنظور من خلال الموضوعات التـي يتناولها، والطابع العام في طريقة هذا التناول. وبالتالي يهـتم الباحثون بدراسـة العلاقـة بـين المؤسـسات الـصحية – بمستوياتها المختلفة – وبين التنظيمات الـصناعية، وحيـاة الأسرة، والقانون [689]. كذلك يهتمون بالمناخ الذي تقوم فيه المستشفيات – والجهات الصحية المختلفة والمسئولون فيها – بدور يتجاوز حدود الوظيفة الطبية التي يـضطلعون بهـا، والضغوط التي تتعرض لها. ومن هنا يمثل مفهـوم الـدور صلب اهتمام المنظور المجتمعي، سواء كان دور المـريض أو دور الطبيب أو دور المؤسسة الـصحية ككـل، أو دور المجتمع المحلي ذاته؛ مما يوضح صدارة علم الاجتماع فـي المجال الطبي كما نرى.

وتجدر الإشارة إلـى أن مفهـوم الـدور، يمثـل الأداة التصورية في يد عالم الاجتماع عامة، والاجتمـاع الطبـي

([689]) انظر: Medical Sociology, op: cit., pp. 80 – 81.

خاصة، عند دراسة التفاعل بين جوانب النـشاط الإنـساني المتعددة. وهنا يهتم بالانتظامات السلوكية التي تنـشأ داخـل عناصر ومكونات معينـة، فـي سـياق اجتمـاعي محـدد كالمستشفى والأسرة والمجتمع المحلي. ويذهب هذا المنظور المجتمعي إلى أن السياق الاجتماعي هو الذي يحدد الـسلوك ويشكله من خلال عمليات التنشئة الاجتماعية [690]. ويظهـر ذلك على مستوى التنظيم أو على مستوى المعنى.

وفحوى نظرية الدور – قوام المنظـور المجتمعـي – أن معرفة الإنسان لمكانته الاجتماعية، تعتمد على الدور الـذي يضطلع به، والتوقعات التي يحتمل أن يواجهها في مواقـف اجتماعية عامة. ومن هنا يسهل التنبؤ بالسلوك المتوقع فـي ضوء المكانة الاجتماعية التي يشغلها الشخص. وتزداد أهمية هذا المنظور في دراسة السلوك داخل التنظيمات الاجتماعية المختلفة، وفي إثراء النظرية السوسيولوجية بإضافة مفـاهيم جديدة، تفيدنا في تحديد شغل المكانة، والشخصية والتفاعـل والتنشئة الاجتماعية والتنظيمات الرسمية. وهكذا نلاحـظ أن

([690]) د. علي المكاوي، السياق الاجتماعي للمعتقد الـشعبي، مرجـع سابق، ص 268.

نظرية الدور تُمثل حلقة اتـصال بـين البنـاء الاجتمـاعي والشخصية الاجتماعية والعملية الاجتماعية.

والواقع أن نظريـة الـدور تجـسد إسـهامات علمـاء الأنثروبولوجيا، وخاصة رالف لينتون Ralph linton، منذ أن حدد تعريفات للمكانة، وللـدور. فالمكانـة هـي وضـع اجتماعي في نموذج بنائي معين، والـدور يعنـي ترجمـة الحقوق والواجبات المرتبطة بمكانة معينة إلى سلوك فعل. ثم ساهم علماء الاجتماع في تأسيس هذه النظرية فـي علمهـم، بأن تبنوا هذا التعريف واستخدموه في دراساتهم. فهـا هـو بارسونز يستخدم في كتابه عن "النسق الاجتماعي". ويتبنـاه روبرت ميرتون في مؤلفه عن "النظرية الاجتماعية والبنـاء الاجتماعي" [691] ثم أضافوا تفصيلات أخرى إلـى الـدور كالدور المكتـسب Achieved Role والـدور المـوروث Ascribed Role.. إلخ. كما أضافوا مفاهيم جديدة لمفهـوم الدور للرد على بعض الانتقادات الموجهة لنظريـة الـدور وتنفيذها من ناحية، وتوضح المفهوم بشكل وافٍ من ناحيـة

([691]) د. عاطف غيث، قاموس علم الاجتماع، مرجع سابق، ص 390.

أخرى. ولعل من بين هذه الإضافات مفاهيم تمثيـل الـدور Role Presentation وتصور الـدور role Conception والقيـام بالـدور role – taking ووضـع الـدور roe – standpoint، وضغوط الدور role starain[692].

دور المريض: أسهم التحليل السوسيولوجي فـي تحليـل الأدوار وعلاقتها بالمستوى التنظيمي الشامل في المجتمـع. ولذلك ذهب بارسونز إلى أن الصحة البدنية للإنـسان تُمثـل مطلبا وظيفيا للنسق الاجتماعي، يستلزم تعريـف المـرض تعريفًا دقيقًا، وتعريف دور المريض أيضا من أجل صـالح الفرد والمجتمع في نفس الوقت. فكلاهما يستفيد من ميكانيزم دور المريض. فالمريض ذاته يلتقي اهتماما ورعاية كافيـة، فيعود ليمارس دوره الطبيعي في المجتمع مرة أخرى. كمـا يتيح هذا الميكانيزم الفـرص لأشـخاص آخـرين – غيـر المريض، كالطبيب والإداري المـسئول وصـاحب العمـل وغيرهم – ليتواءموا مع معنى المرض في مختلف مواقفـه، ويتكيفوا مع حاجات المجتمع أيضا.

---

(692) انظر: David Mechanic, op. cit., pp: 82 – 83.

إن هذه المعادلة الصعبة تزداد صعوبة عندما ندرجها في السياق الشامل للمجتمع؛ حيث يتسم هذا السياق بتباين حاجات المجتمع وتعددها، وشدة القيود المفروضة على العمل. ففـي مجتمعنا المصري، يحض السياق السائد بعض العمال علـى التمارض، طلبا للراحة، وهروبا مـن العمـل، أو تبريـرا لإخفاقهم في العمل الصناعي. وهم يتبعون أسـاليب تـسقى لرفع درجة الحرارة بأكل كمية من الشطة (أو الفلفل الحراق) والحلاوة الطحينية قبل اللجوء إلى القسم الطبـي بالمـصنع أو الشركة. إذن فالعامل هنا يسلب حق غيره فـي الراحـة، وحق الدولة في الإنتاج وحق المصنع في الحصول على قوة العمل مقابل الأجر المدفوع. وهنا تتدخل الحكومة لتقييد هذه البلطجة والحد منها للحفاظ على قوة العمل والأيدي العاملـة، وتحقيق قدر ما من الالتزام بالعمل والإنتاج، وذلك بالتـدخل في سلوك الطبيب وتوجيهه الوجهة الملائمة. وبالتالي تستخدم الحكومة والعمال دور المريض ليحقق كل مـنهم مـصلحته الخاصة وبطريقته الخاصة [693].

([693]) انظر مزيدا من التفاصيل في الفصل السادس من هذا الكتاب.

وإذا كانت علاقة الصحة بالنظم الاجتماعية علاقة شائكة، فإنها تزداد تعقيدا في حالات المرض النفسي؛ حيث يـستثنى القانون المرضي النفسيين من العقوبة الجنائية، بحكـم عـدم مسئوليتهم عن أفعالهم. ولذلك نجد النظام القـانوني يحـوي أفعالاً معينة تنشأ نتيجة للخلل العقلي، وتدفع رجـل القـانون نحو استبعاد فكرة العمد الجنائي أو الإجرام. والمثال الـذي نسوقه على ذلك هو " حادث قاتل والديه" في الثلاث سنوات الأخيرة؛ حيث طالب رجال القانون بـالتحقق مـن صـحته النفسية والعقلية قبل إصدار الحكم القانوني عليـه، وتكييـف الفعل المرتكب، مع نصوص القانون. وقـد صـارت هـذه الإجراءات بمثابة ثغرات معينة لتبرئة المجرم القاصد لفعلـه الإجرامي في بعض الأحيان.

وعلى الجانب الآخر، نجد عديدا من المواقف التي يـساء فيها استخدام تعريف المرض، والمواقف الأخرى التي يسبب فيها المرض العقلي والنفسي أضرارا جسيمة لسمعة الشخص ومكانته الاجتماعية هو وأسرته. فإذا بدأنا بالمواقف الأولى، وجدنا بعض الجماعات الاجتماعية – التي تريد التخلص من منافس أو جار أو أحد أفراد الأسرة للتمتع بـالميراث مـثلاً

أو للاستفادة بأي نفع – وجدناها تصم الشخص بالمرض العقلي وتبلغ الجهات الصحية المسئولة لأخذه وإيداعه بمستشفى الأمراض العقلية، حتى يصفو لها الجو. أما المواقف الثانية فإنها تزداد في حالات القهر والاستبعاد. وهي تعتمد على تعريف المرض العقلي بأنه عجز عن اتخاذ السلوك المنطقي المسئول حينًا، وتعتبره إقلالاً من شأن الفرد البارز وحطًا لسلامته العقلية ونضج آرائه حينًا آخر. ولعلنا عانينا من هذه المآسي السياسية في الستينيات؛ حيث كان النظام القائم آنئذ يتخلص من المعارضين بوصمهم بالمرض العقلي، وإيداعهم مستشفيات العباسية والخانكة. وقد يكون المعارض شخصا فذًا ذا أفكار نيرة وقدرات خلاقة، وابتكار متميز وخلق حجم، ولكنه ليس على هوى أولي الأمر. وفي ذلك استخدام سياسي لتعريف المرض، وقد أصابتنا هذه العدوى اللاإنسانية من الاتحاد السوفيتي الذي يحسن تطبيقها وممارستها.

***

سادسـا: التكامـل بـين منظـورات العلـوم السلوكية:

من المؤكد أن منظورات العلوم السلوكية ليست منفـصلة بهذا الشكل الذي تناولناها به لغرض التحليـل، وإنمـا هـي متكاملة ومتداخلة فيما بينها، لأنها تهتم بالإنسان بؤرة هـذه العلوم كلها: بحثًا ودراسة. كما أنها تُمثل من ناحية أخـرى أساليب تصورية تساعدنا على فهـم العمليـات الاجتماعيـة والسلوكية في المجتمع، وبالتالي نتمكن من تفـسير وقـوع المرض، والاستجابة له، وتعبئة الطاقات المختلفـة للتغلـب عليه [694]. ومن هذه وتلك يتضح أن الإنسان قـادر علـى السيطرة على الأحداث، وإن كانت قدرتـه رهينـة بمـدى دافعيته، وطريقة تنظيم جهـوده ومعارفـه، وتـوافر أدوات العمل، وحجم البيانات المتاحة أمامه. أضف إلـى ذلـك أن توافر هذه الأساليب والأدوات كفيل بزيادة سيطرة الإنـسان على البيئة الاجتماعية والطبيعية.

([694]) انظر: Medical Sociology, op. cit., p. 89.

إلى الفهرس

فالعناصر المادية – كأدوات العمل – تساعد على السيطرة على البيئة وإخضاعها لصالحه العام والتغلب على مـصادر الأمراض والأوبئة فيها. كما أن المعرفة والمهـارات تـشير إلى التقنية المتاحة لأحداث التغيير الاجتماعي والثقافي سواء في الثقافة المادية وفي الثقافة اللا مادية، أو في العلاقات بين الناس على حين تتضمن المعلومات وعي الإنسان بالفعل ورد الفعل في البيئة، والدوافع التي تحكم هذه الأفعال وردودهـا. بينما تحوي عملية الاتصال مجموعة الناس المشتركين فـي التفاعل، ومدى أهميتهم من خلال امتلاكهم للوسائل والمعرفة والمعلومات والمهارات.

وإذا كان سلوك المرض يعكس حاجـة المـريض إلـى التكيف مع الواقع الاجتماعي الذي يعيش فيه، فـإن تعريفنـا للمرض واستجابتنا له، يمكن أن نفـسره فـي ضـوء هـذه الحاجة. وعندما نتناول سلوك أعضاء النسق الطبي الرسمي، فلا بد من مراعاة نظام العمل اليومي، وحاجاتهم، لأن هـذه المهام تستلزم اتخاذ بعض الإجراءات، وتوافر بعض التقنيات المناسبة، وبالتالي يمكن القول بأن المـرض يمثـل بوتقـة تنصهر فيها سلوك المرض، وتعريفنا له واستجابة أعـضاء

إلى الفهرس

النسق الطبي الرسمي لمقتضياته، لتخـرج منهـا عمليـات تفاعلية تفيدنا في السيطرة على البيئـة الطبيعيـة، والبيئـة الاجتماعية على حد سواء.

ولعل ذلك يفسر لنا فشل بعض البـرامج والمـشروعات الصحية التي تنفذها الأجهـزة الحكوميـة لتحقيـق التنميـة الصحية. فالفشل يكون راجعا إلـى الثقافـة الـسائدة [695]، وطبيعة البناء الاجتماعي الذي تعتمل في جوفة الـصراعات والتوترات. ولذلك فإن فهم هذه الثقافة، والتعرف على البناء الاجتماعي، يمثلان ضرورة لا بد منها لنجاح هذه البـرامج والمشروعات، علاوة على استيعاب عملية التغير التي تعتري المجتمع، للوقوف على المشكلات المصاحبة لها ومواجهتها.

والواقع أن لجوء المرضى إلى أساليب الطـب الـشعبي واعتمـادهم عليهـا فـي حـالات الأمـراض المزمنـة أو المستعصية، إنما يرجع إلى مدى ما يعانونه مـن التـوتر القلق على صحتهم، والحرص علـى الاستـشفاء الـسريع. وبالتالي يعد الطب السحري والعشبي والاستشفاء بالأوليـاء

([695]) د. علي المكاوي، الأنثربولوجيا الاجتماعية، مرجع سـابق، ص ص 218 – 224.

والزار وغيره وسائل يتكيف من خلالها المريض مع مرضه، ويتواءم مع بيئته الاجتماعية والطبيعة [696]. وعلـى نفـس الشاكلة، فإن أعضاء النسق الطبي الرسمي يسعون للتكيـف مع حاجاتهم وأهدافهم بطريقتهم الخاصة؛ ممـا يـؤدي فـي النهاية إلى تجويدهم في أداء الخدمات الصحية، أو الضن بها على المرضى لإيجاد أساليب ملتوية لبيعها بمقابل، وهذا هو الغالب.

من هنا نلاحـظ أن المنظـورات الاجتماعيـة والثقافيـة والبيولوجية والنفسية الاجتماعية والمجتمعة – التـي سـبق استعراضها باختصار – تتكامل في النظـرة إلـى الـصحة والمرض، وفهم كل جزئيات حياة الإنـسان فـي ارتباطهـا بنشاطه وبيئته وبدنه ودوره ومكانتـه الاجتماعيـة وسـائر الأنشطة التي يضطلع بها. ولعـل هـذه الـصورة تعكـس المنظور الشامل الذي يتبناه علم الاجتماع الطبـي، ويتبنـاه المؤلف عبر سطور هذا الكتاب.

***

([696]) د. علي المكاوي، الأنثروبولوجيا الطبية، مرجع سـابق، تحـت الطبع.

إلى الفهرس

ثبت بأهم المراجع في علم الاجتماع الطبي

أولاً: المراجع العربية:

1- أحمد حسنين القرني، قصة الطب عند العـرب، سلـسلة مـن الشرق والغرب، ع 49، الـدار القوميـة للطباعـة والنـشر، القاهرة، د. ت.

2- أحمد طه، الطب الإسلامي، دار القافلة، الخفجي، 1404هـ ـ/ 1984.

3- د. أحمد مختار منصور، الإنسان والمرض، منشورات جامعة الزقازيق، د. ت.

4- إدوارد جي براون، الطب العربي، ترجمـة د. داود سـليمان على، ط2، دار الشئون الثقافية العامة، بغداد، 1986.

5- الأمين عبد الصمد عبد الهادي، الجغرافيا الزراعية بمحافظـة الجيزة رسالة ماجستير (غير منشورة)، ج2، جامعة القـاهرة، 1981.

6- الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء، التعـداد العـام للـسكان والإسـكان، 1976، مرجـع رقـم 93 – 15111 – 1978، القاهرة، سبتمبر 1978.

7- د. السيد الحسيني، النظرية الاجتماعية ودراسة التنظـيم، ط3، دار المعارف، القاهرة، 1981.

8- د. السيد فهمي الشناوي، التداوي بالأعشاب، مجلـة الدوحـة القطرية، العدد 110، فبراير 1985.

9- المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، الصحة: المسح الصحي، إشراف الدكتور عبد الغفار خلاف، القـاهرة، تحـت الطبع.

10- د. المعتز با مبارك وآخرون، نظام توفير الخدمات الصحية في الريف، وزارة الصحة، القاهرة، 1979.

11- الهيئة العامة للتأمين الصحي، التأمين الصحي: أبعاده السياسية والاقتصادية والاجتماعية، العدد 56 من كتاب العمل، أكتـوبر 1968.

12- أميل ليفي، البحث عن مؤشرات إحصائية للـصحة، ترجمـة محمد عبد الفتاح بيومي، المجلة الدولية للعلـوم الاجتماعيـة، ع32، القاهرة، يوليو 1978.

13- إيكه هولتكرانس، قاموس مصطلحات الأثنولوجيا والفولكلـور ط2، ترجمة الدكتورين محمد الجوهري وحسن الـشامي، دار المعارف، القاهرة، 1973.

14- د. بدر التازي، الطب في القرن الثـامن عـشر مـن خـلال الأرجوزة الشقرونية، الهيئة المصرية للكتاب، القاهرة، 1984.

15- د. بول غليونجي وزينب الدواخلي، الحضارة الطبية في مصر القديمة، دار المعارف، القاهرة، 1965.

16- تقي الدين أحمد بن علي المقريزي، المواعظ والاعتبار بـذكر الخطط والآثار، دار التحرير للطبع والنشر، طبعـة بـولاق، القاهرة 1270هـ.

17- جلال الدين السيوطي، مختصر الطب النبوي، مكتبة القـاهرة، 1270هـ.

18- د. حسان حتاحت وآخرون، دراسات حول الطـب الوقـائي، كتاب العربي الكتـاب الـسادس عـشر، 15 يوليـو 1987، الكويت.

19- د. حسن الخولي، الريف والمدينة في مجتمعات العالم الثالـث، دار المعارف، القاهرة، 1982.

20- د. حسن كمال، الطب المـصري القـديم، المجلـد الثـاني، ج3 و4، الدار القومية، القاهرة، 1965.

21- ديريك جيل وأندرو توادل، علم الاجتماع الطبي، ترجمة جمال السيد، المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية ع32، القاهرة يوليـو 1978.

22- راجي عباس التكريتي، الإسناد الطبي في الجيـوش العربيـة الإسلامية، منشورات وزارة الثقافة والإعلام، العراق، 1984.

23- د. سامي حمارنة، الصناعة الطبية فـي العـصر الإسـلامي الذهبي، مجلة عالم الفكر، المجلـد العاشـر، العـدد الثـاني، الكويت، يوليو – سبتمبر 1989.

24- سعاد عثمان، النظرية الوظيفية ودراسة التراث الشعبي، رسالة ماجستير (غير منشورة) كلية بنات عين شمس، 1981.

25- د. سليمان قطانة، الطب العربي، مجلة عالم الفكـر، المجلـد العاشر، ع2، الكويت، يوليو – سبتمبر 1979.

26- د. شريف حتاتة، الصحة والتنمية، دار المعـارف، القـاهرة 1968.

27- د. عاطف غيث، قاموس علم الاجتمـاع، الهيئـة المـصرية للكتاب، القاهرة، 1979.

28- د. عامر النجار، في تاريخ الطب في الدولة الإسـلامية، دار الهداية، القاهرة، 1986.

29- عامر بن يوسف، الخدمات الصحية في الدول النامية، المجلـة الدولية للعلوم الاجتماعية، ع32، القاهرة، يوليو 1978.

30- عباس محمود العقاد، أثر العرب فـي الحـضارة الأوربيـة، القاهرة، د. ت.

31- د. عبد الرحمن إسحاق، الطب الشعبي في الجمهورية العربية اليمنية، مجلة الصحة ع1، جامعة صنعاء فبراير 1984.

32- عبد الرحمن بن خلدون، المقدمـة، ط5، دار القلـم، بيـروت 1984.

33- د عبد ا أحمد الجنيد، آداب المهنة الطبية، مجلة الصحة ع1، جامعة صنعاء، فبراير 1984.

34- د. عبد اللطيف البدري، التشخيص والإنذار في الطب الآكدي، المجمع العلمي العراقي، بغداد، 1976.

35- ـــــــــــ، من الطب الآشـوري، المجمـع العلمـي العراقي، بغداد، 1976.

36- عبد ا لؤلؤ أنماط التراث الشعبي المتصلة بالمشكلة الـسكانية في مصر، رسالة ماجستير (غير منشورة) جامعـة القـاهرة، 1985.

37- د. علي المكاوي، اتخاذ القرار الأسري، الكتاب السنوي لعلـم الاجتماع ع6، دار المعارف، القاهرة، أبريل عام 1984.

38- ....، "الثبات والتغير في العـادات والتقاليـد والمعـارف الشعبية مع الإشارة إلى مجتمع الخليج". بحث مقدم إلى نـدوة "التخطيط لجمع ودراسة العادات والتقاليد والمعارف الـشعبية" المنعقدة بمركز التراث الشعبي لدول الخلـيج مـن 13 – 17 يناير 1985، الدوحة.

39- ....، السياق الاجتماعي للمعتقد الشعبي، مقـال بالكتـاب السنوي لعلم الاجتماع، ع3، دار المعارف، القاهرة، أكتـوبر 1982.

40- ....، الشعوذة، الكتاب السنوي لعلم الاجتمـاع، ع1، دار المعارف، القاهرة، 1980.

41- ....، الصحة والظروف البشرية، الكتاب الـسنوي لعلـم الاجتماع، ع7، دار المعارف، القاهرة، أكتوبر عام 1984.

42- ....، الطب السحري، الكتاب السنوي لعلـم الاجتمـاع، ع4، دار المعارف، القاهرة، 1983.

43- ....، المعتقدات الشعبية والتغير الاجتماعي مع دراسـة ميدانية على قرية سيف الدين بمحافظة دمياط رسالة ماجستير (غير منشورة) جامعة القاهرة، 1982.

44- ....، الجوانب الاجتماعية والثقافيـة للخدمـة الـصحية دراسة ميدانية في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1988.

45- ....، الخدمة الصحية في مصر: دراسة للأبعاد المهنيـة والاجتماعية والثقافية، رسالة دكتوراه (غير منشورة) جامعـة القاهرة، 1986.

46- ....، جهود العلماء العرب في تأصـيل علـم الاجتمـاع الطبي، بحث مقدم لمؤتمر أعلام دمياط الـذي تنظمـه كليـة التربية بدمياط، 4 – 7 مارس 1989.

47- ....، الأنثروبولوجيا الاجتماعية: الموضـوع والمـنهج والتطبيقات، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة، 1989.

48- ....، الأنثربولوجيا الطبية: دراسـات نظريـة وبحـوث ميدانية، تحت الطبع.

49- علي مبارك، الخطط التوفيقية، ج10، المطبعة الأميرية، بولاق مصر القاهرة، 1306هـ.

50- د. فاطمة المصري، الزار: دراسـة نفـسية وأنثروبولوجيـة، الهيئة المصرية للكتاب، القاهرة، 1975.

51- د. فهيم أبادير، تاريخ الطب عند العرب، المؤسسة المـصرية للأدوية، القاهرة، د. ت.

52- فوزي عبد الرحمن، دراسة أنثروبولوجية للممارسات الطبيـة الشعبية في الريف المصري مع التطبيق على إحدى القـرى، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية بنـات عـين شـمس، 1984.

53- د. فوزية رمضان أيوب، العوامل الاجتماعيـة المـؤثرة فـي الصحة والمرض، مجلة كلية الدراسات الإنسانية، ع2، جامعة الأزهر، 1984.

54- كامل اللحام، ما وراء الرعاية الصحية لخلق مستقبل صـحي، مجلة الثقافة العالمية، الكويت، عدد مارس 1983.

55- د. كمال التابعي، الاتجاهات المعاصـرة فـي دراسـة القـيم والتنمية، دار المعارف، القاهرة، عام 1985.

56- د. كمـال الـسمرائي، مختـصر تـاريخ الطـب العربـي، ج1،منشورات وزارة الثقافة والإعلام، العراق، 1984.

57- ماجدة السيد حافظ، ديناميات التفاعل الاجتماعي في المؤسسات العلاجية: دراسة اجتماعية ميدانية، رسالة ماجـستير (غيـر منشورة) جامعة عين شمس 1980.

58- مانفريد فلانز وهريش كيوب، نظرة اجتماعيـة إلـى مفـاهيم المرض، ترجمة أمين محمود الشريف، المجلة الدولية للعلـوم الاجتماعية، ع32 القاهرة، يوليو 1978.

59- مجموعة سيناء الاستشارية، ندوة تدريس العلـوم الاجتماعيـة والسلوكية في مناهج كليات الطب بمدينة الإسماعيلية مـن 16 – 18 مايو عام 1984.

60- د. محمد الجـوهري، علـم الفولكلـور، ج2، دار المعـارف القاهرة، 1980.

61- ....، د. عبد ا الخريجي، علم الـسكان، ج1، ط3، دار الثقافة للنشر والتوزيع القاهرة، 1406هـ.

62- ....، بعض معالم التغير في مجتمع غرب أسوان، مطبعة جامعة القاهرة 1975.

63- محمد رمزي، القاموس الجغرافي للبلاد المصرية مـن عهـد قدماء المصريين إلى سنة 1945، القسم الثاني: البلاد الحاليـة ج3، مطبعة دار الكتب المصرية، القاهرة، 1960.

64- د. محمد كامل حسين وآخرون، الموجز فـي تـاريخ الطـب والصيدلة عند العرب، المنظمة العربيـة للتربيـة والثقافـة، القاهرة، د. ت.

65- مركز المعلومات والتوثيق والإحصاء بمحافظة الجيزة، النشرة الدورية لعام 1985/84.

66- د. مصطفى السباعي، من روائع حضارتنا، ط3، المكتب الإسلامي، بيروت، 1985.

67- د. معن خليل عمر، نحو علم اجتماع عربي، وزارة الثقافة والإعلام، ع 361، بغداد، 1984.

68- منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، الممارسات التقليدية التي تؤثر على صحة المرأة والطفل، المطبوع الفني رقم 2، تقرير عن الحلقة الدراسية التي عقدت في الخرطوم من 10 – 15 فبراير عام 1979.

69- موفق الدين أبي العباس السعدي الخزرجي المعروف بابن أبي أصيبعة، عيون الأنباء في طبقات الأطباء، تحقيق وشرح الدكتور نزار رضا، دار مكتب الحياة، بيروت، د. ت.

70- د. نبيل صبحي الطويل، الحرمان والتخاف في بلاد المسلمين، ط2، كتاب الأمة القطري، عدد شوال 1404هـ.

71- د. نبيل صبحي حنا، أنثروبولوجي في العنبر، الكتاب السنوي لعلم الاجتماع، ع1، دار المعارف، القاهرة، 1980.

72- ....، الأنثروبولوجيا الطبية وخدمة قضايا الصحة والمرض في مصر، الكتاب السنوي لعلم الاجتماع، ع3، أكتوبر عام 1982.

73- ....، المجتمعات الصحراوية في الوطن العربي دار المعارف، القاهرة، 1984.

74- ....، الطب والمجتمع: دراسات نظرية وبحوث ميدانيـة، مكتبة الأنجلو، القاهرة، 1987.

75- هبه أحمد نصار، دراسة في اقتصاديات الصحة العامة وتقيـيم السياسات الصحية في مصر، رسالة دكتوراه (غير منشورة)، كلية الاقتصاد بجامعة القاهرة، عام 1983.

76- وليم لين، المصريين المحدثون: شمائلهم وعـاداتهم، ترجمـة عدلي طاهر نور، ط2، دار نشر الجامعات المصرية، القاهرة، 1975.

77- وليم نظير، الثروة النباتية عنـد قـدماء المـصريين، الهيئـة المصرية للكتاب، القاهرة، 1970.

78- يانوس كورناي، صحة الأمم، ترجمة حسين محمـود عبـاس مجلة الثقافة العالمية، ع13، نوفمبر عام 1983، الكويت.

ثانيا: المراجع الأجنبية:

1. Achsson, Roy & Aird, Lesley (ed.), Seminars in Community Medicine, Vol. 1: Sociology, Oxford Uni-Press, Lonodn, 1976.
2. Boek, Walter & Boek, Jean, Society and Health, G. P. Putnem's Sons, New York, W.D.
3. Bowden. Carles and Burstein, Alvin, Psychosocial Basis of Medical Practice; An Introduction to Human Behavior, William & Wilkins, London: 1979.
4. Bryant, John, Health and Developing World, Cornell Uni. Press, Ithaca and London, 1969.
5. Cox, Caroline, Soceiology: An Introduction for Nurses, Midwives AND HEALTH Visitors, Butterworth & Co. (pub.) Lid. London, 1983.
6. El Messeri, Nawal, "Rural Health Care in Egypt", International Development Research Cantre, Ottawa, 1980.
7. Foster. George, Medical Anthropology, John Wiley & & Sons, New York, 1978.
8. __________, Traditional Societies and Social Change, (2 nd edition), Harper & Row Publishers, New York, 1973.
9. __________, Traditional Cultures and Techological Change, New York, 1973.

10. Freeman, Howard and others (ed), Handbook of Medical Sociology, (3 re ed.), Prentice – Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1979.
11. Hart, Nicky, The Sociology of Health and Medicine, Causeway Ltd., Lancashire, 1985.
12. Klunzinger, C.B. Upper Egypt: Its People and its Product, London, 1978.
13. Koos, Earl. L, The Sociology of the Patisnt, Mc Graw- Hill Book Company, Inc:, New York, 1959.
14. Landy, David, (ed), Culture, Disease and Healing: Studies inMedical Anthropology, New York, 1977.
15. Leininger, Madeleine, Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend, John Wiley & SSons, Inc., New York. 1970.
16. Logan, Michael & Hunt, Edward, (ed.), Health and Human Condition, Wadsworth Publishing Co. Inc., California, 1978.
17. Maclean, Una, Magical Medicine; A Nigerian Case – Study, Benguin Books, London, 1971.
18. Mckeewn, Thomas & Lowe, R., An Intredcction to Social Medicine, (2nd edition), Blackweel Scientific Publication, London, 1974.
19. Machanic, David, Medical Sociology, (2nd edition,) The Free Press, New York, 1978.

إلى الفهرس

20. Parsons, Talcott, The Social System, Amerind Publishing Co. Put Ltd., New Delhi, 1972.
21. Patrick, Donald, and Scambler, Graham, (ed.), Sociology as Applied to Medicin, Bailliere Pindall, London, 1982.
22. Read, Margaret, Culture, Health and Disease, Tavistock Publication, London, 1966.
23. Robinson, Corinne, Basic Nutrition and Diet Therapy, (4 th ed.), Macmillan Publishing Co: INC., New York, 1980.
24. Smith, Dorthy, The Role of Society in Medicine, in, Folta and Deck, (ed.), A Sociologyical Framework for Patient Care. John Wiley & Sons, Inc., New York, 1966.
25. Susser, M. W. and Watson, W., Sociology in Medicine, Oxford Uni-press, London 1975.
26. WHD, Eastern Mediterranean Region, Report of the Working Group on the Social and Behavioral Sciences in Health Sarvices and Manpower Development, Alexandria, 25 – 29 July. 1977.

إلى الفهرس